

Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité

Léa Boissinot¹, D. Pharm., Nathalie Bachalat², M.D., Emilia Perrier-Cornet³, D.Pharm., Patrick Leglise³, D.Pharm., Dominique Huchon-Bécel³, D.Pharm.

¹ Interne en pharmacie, Hôpital Joffre-Dupuytren, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France;

² Médecin gériatre au sein du service de médecine gériatrique aiguë, Hôpital Joffre-Dupuytren, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France;

³ Pharmacien hospitalier, Hôpital Joffre-Dupuytren, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France

Reçu le 7 janvier 2014; Accepté après révision le 31 mars 2014

Résumé

Objectif : Cette étude a pour but de détecter, par la conciliation des traitements médicamenteux, les erreurs médicamenteuses et d'évaluer la pertinence et la faisabilité de cette pratique standardisée au sein du département de gériatrie aiguë de l'hôpital.

Mise en contexte : De nombreuses erreurs médicamenteuses surviennent lors de la transition communauté/hôpital, particulièrement parmi les patients âgés. Afin de les réduire et de garantir au patient un parcours de santé de qualité et sécurisé, la France participe au projet international « SOP MED'REC », lancé par l'Organisation mondiale de la Santé et destiné à mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux.

Résultats : Quarante-cinq patients (45) ont été inclus dans l'étude sur une période de trois mois. Neuf divergences non intentionnelles ont été recueillies, dont un ajout, cinq omissions et trois modifications de posologie. Deux cent trente-deux (232) divergences intentionnelles ont été répertoriées, dont 65 documentées et 167 non documentées. À la sortie de l'hôpital, les traitements de 25 patients ont été conciliés et 32 divergences ont été détectées. La durée totale de la conciliation médicamenteuse, de l'admission au départ, est estimée à 70 minutes par patient.

Discussion : La conciliation médicamenteuse nécessite une amélioration de la collaboration entre les différents acteurs du parcours de soins du patient : médecins traitants, médecins hospitaliers, pharmaciens hospitaliers et pharmaciens d'officine. Cependant, ce processus a permis de déceler et de corriger des erreurs médicamenteuses, plus fréquemment retrouvées à la sortie qu'à l'admission. En revanche, les nombreuses divergences intentionnelles non documentées sont un point à améliorer, car un défaut de traçabilité peut générer des erreurs médicamenteuses.

Conclusion : La conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie sécurise la prise en charge médicamenteuse des patients et participe à la culture de qualité de l'établissement.

Mots clés : Conciliation des traitements médicamenteux, divergences intentionnelles, divergences non intentionnelles, erreurs médicamenteuses, gériatrie

Introduction

La conciliation des traitements médicamenteux du patient, lors de l'admission à l'hôpital, nécessite une information de sources fiables, disponible rapidement et exhaustive. Cette étape cruciale a pour but de garantir le meilleur schéma thérapeutique possible au moment de la transition communauté/hôpital et de réduire les nombreuses erreurs médicamenteuses, en particulier parmi les patients âgés, souvent atteints de multiples comorbidités et exposés au risque de polypharmacie.

Cornish et coll. ont démontré qu'à l'admission, un peu plus de la moitié des patients auront une divergence non intentionnelle du traitement habituel¹. À la sortie de l'hôpital, ce pourcentage est d'environ 40 %². Ces erreurs sont

favorisées par un manque ou une mauvaise communication entre le milieu communautaire et le milieu hospitalier. La conciliation des traitements médicamenteux s'inscrit dans différentes politiques de santé menées par la France, notamment à travers plusieurs démarches nationales : la certification des établissements de santé proposée par la Haute autorité de santé (HAS) (critère 20a), la participation aux projets « SOP MED'REC » (*Standard Operating Protocol Medication Reconciliation*) et « High 5s », l'arrêté du 6 avril 2011 sur la prise en charge médicamenteuse (article 8) et le parcours global du patient introduit par la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » de 2009³⁻⁶.

Les projets internationaux « SOP MED'REC » et « High 5s », lancés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2006, visent à réduire de façon pérenne et mesurable des

problèmes majeurs liés à la sécurité des patients par la mise en place de protocoles standardisés. En France, depuis 2009, la HAS soutient cette initiative dans deux pratiques organisationnelles standardisées, à savoir : la prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie, ainsi que la sécurité de la prescription médicamenteuse aux différents points de transition du parcours de soins. Le « SOP MED'REC » est un processus de conciliation médicamenteuse à mettre en œuvre par les professionnels de la santé pour prévenir les erreurs médicamenteuses à l'admission hospitalière des patients. Ce processus est également bénéfique lors des changements d'étage ou au moment du départ, et non pas uniquement à l'admission du patient. Il est complété par le projet « High 5s » destiné à démontrer, entre autres, l'applicabilité et l'influence du processus « SOP MED'REC sur les erreurs médicamenteuses ».

À l'échelle française, neuf établissements participent à ce projet. La HAS complète cette démarche dans le cadre de la certification des établissements de santé en définissant des pratiques exigibles prioritaires. Parmi celles-ci, le critère 20a « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » cible l'informatisation du circuit du médicament à l'hôpital et les erreurs médicamenteuses de prescriptions, particulièrement fréquentes lors d'hospitalisations au moment des transitions (admission, transferts, sortie)³. Cette démarche de conciliation des traitements médicamenteux trouve également son équivalent au Canada, dans le « bilan comparatif des médicaments », une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada.

C'est dans ce contexte d'amélioration de la sécurité du patient que s'inscrit la volonté de mettre en place et de faire évoluer une conciliation médicamenteuse systématique et standardisée des traitements des patients âgés au sein du service de médecine gériatrique aiguë de notre hôpital, en collaboration avec le département de pharmacie.

Les objectifs poursuivis dans cette étude sont, dans un premier temps, la détection des erreurs médicamenteuses (appelées également dans cette étude divergences non intentionnelles) pour les patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés en médecine gériatrique aiguë, après leur transfert d'un service d'accueil des urgences. Le second objectif est d'évaluer la pertinence, la faisabilité et la traçabilité dans le dossier patient de la mise en place d'une pratique standardisée de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie du patient. Enfin, l'atteinte des objectifs exposés précédemment a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient âgé aux points de transition de son parcours hospitalier.

Méthodologie

Notre étude monocentrique est menée de façon prospective sur une période de trois mois (juin à août 2013), au sein d'un hôpital gériatrique comprenant 450 lits dits « de médecine, de chirurgie, d'obstétrique » et « de soins de suite et de réadaptation », dont 44 dans le service de médecine gériatrique aiguë. Le circuit du médicament est totalement informatisé. Les médecins gériatres prescrivent les ordonnances des patients hospitalisés au moyen du logiciel Actipidos^{MD}, et les pharmaciens les analysent et les valident à l'aide du logiciel Phedra^{MD}.

Les critères d'inclusion sont : les patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés en médecine gériatrique aiguë après leur transfert d'un service d'accueil des urgences. Les données nécessaires à la réalisation de la conciliation médicamenteuse des traitements étaient recueillies à l'aide d'une feuille de collecte de données préétablie, puis reportées sur un fichier Excel et analysées par un interne en pharmacie cinq jours sur sept.

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus pluriprofessionnel et interactif, qui garantit la continuité de soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient pris avant son hospitalisation et son admission aux urgences⁷. La conciliation médicamenteuse réalisée est ici rétroactive, car le bilan médicamenteux optimisé (BMO) est formalisé après la rédaction de l'ordonnance des médicaments à l'admission (OMA). Le BMO d'un patient hospitalisé est un document répertoriant les médicaments pris quotidiennement – soit prescrits par le médecin traitant ou spécialiste, soit pris en automédication (médicaments en vente libre ou produits de santé naturels) – par le patient avant son hospitalisation. Le BMO peut être réalisé par un pharmacien, un interne ou un externe en pharmacie.

L'OMA est la première prescription rédigée par le médecin hospitalier. Cette ordonnance comprend les médicaments pris par le patient à domicile et poursuivis avec ou sans modification, ainsi que les médicaments ajoutés par le prescripteur. Au sein de notre établissement, le logiciel d'aide à la prescription Actipidos^{MD} permet la prescription du traitement personnel du patient sur l'ordonnance, notamment si le médicament n'est pas inscrit dans le livret et que le prescripteur souhaite le poursuivre durant l'hospitalisation.

Pour réaliser la conciliation des traitements médicamenteux, nous avons suivi les étapes décrites ci-après.

Étape 1 : Recherche active d'information sur le traitement du patient

Les sources d'information ayant permis de réaliser le BMO de chaque patient ont été différenciées et quantifiées afin d'en déterminer la fiabilité.

Étape 2 : Comparaison du BMO à l'OMA

Nous avons ensuite effectué la comparaison BMO/OMA et recueilli l'ensemble des écarts entre BMO et OMA. Les écarts entre ces derniers représentent toutes les différences constatées, à savoir les divergences et les substitutions. La substitution de médicaments au profit de spécialités disponibles dans notre livret thérapeutique n'a pas été considérée comme une divergence. Les divergences ont été comptabilisées puis classées.

Étape 3 : Caractérisation des divergences observées

Nous avons ainsi classé les divergences en fonction de leur nature, c'est-à-dire en divergence intentionnelle et non intentionnelle, à partir du niveau informationnel disponible et de l'intention du prescripteur (un entretien entre médecin gériatre et interne en pharmacie était réalisé au moment de l'établissement du BMO ou après comparaison BMO/OMA selon la disponibilité du médecin). Une divergence

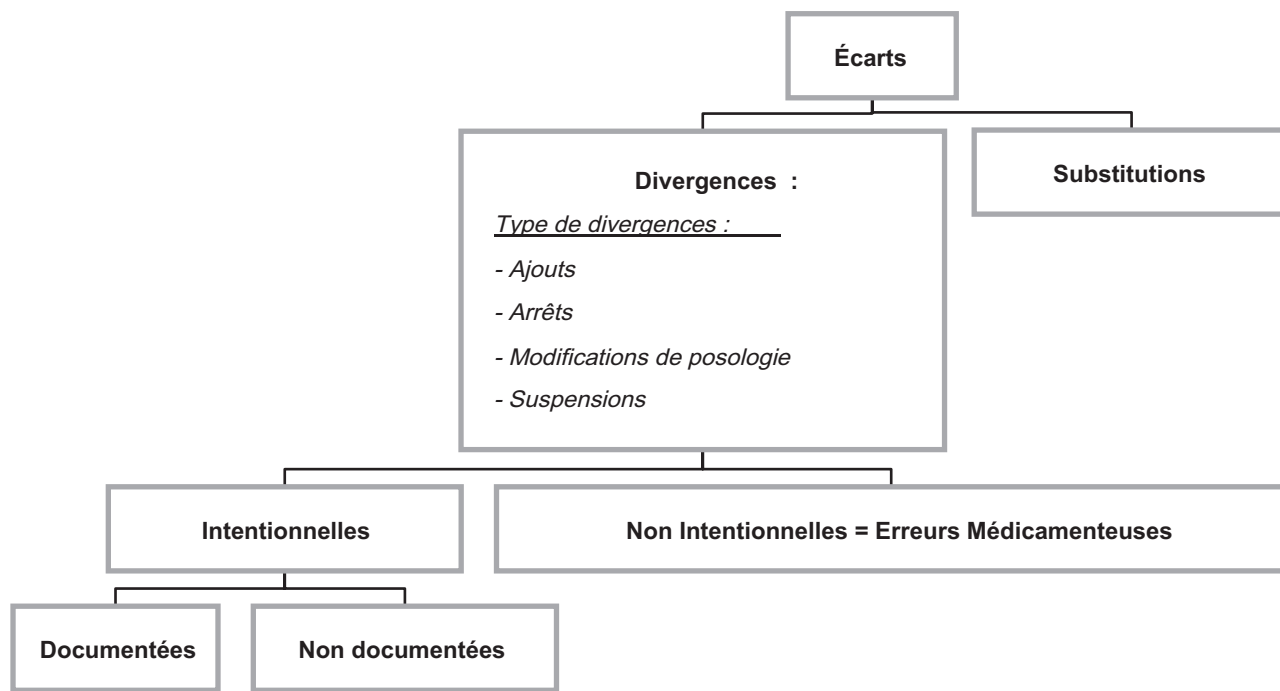


Figure 1. Schéma récapitulatif de la classification des écarts recueillis après la comparaison BMO/OMA

intentionnelle est une décision médicale exprimée de façon orale, manuscrite ou informatique. Une divergence non intentionnelle, est considérée comme une erreur médicamenteuse, car il s'agit d'un ajout, d'un arrêt ou d'une suspension involontaire d'un médicament durant le séjour du patient. Nous avons ensuite différencié les divergences intentionnelles en non documentées ou documentées par le prescripteur au dossier patient en cours. Une divergence intentionnelle non documentée est une modification de la prescription des médicaments du patient, souhaitée par le prescripteur mais non mentionnée dans le dossier médical en cours. Nous avons enfin différencié les types de divergences observées en arrêts, ajouts et modifications de posologie. Un schéma récapitulatif de la classification des écarts recueillis après la comparaison BMO/OMA a été élaboré pour faciliter la compréhension (Figure 1).

L'ensemble des divergences recueillies a été analysé qualitativement et quantitativement. Chaque divergence non intentionnelle recueillie a donné lieu à la détermination de la classe thérapeutique en cause et à la caractérisation de l'erreur médicamenteuse à l'aide de la grille « Caractéristiques des erreurs médicamenteuses REEM-NCC-MERP » de la Société française de pharmacie clinique selon le degré de concrétisation (erreur médicamenteuse potentielle ou avérée) et selon la gravité des conséquences cliniques pour le patient, tel que l'illustre le tableau I⁸.

Étape 4 : Mesure d'impact

Afin d'évaluer le degré d'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux et les effets de cette pratique sur les erreurs médicamenteuses, nous avons utilisé les quatre indicateurs de performance MED'REC issus du projet international « SOP MED'REC »⁵. Les résultats des calculs ont été comparés à ceux du CH de Lunéville, un des neuf sites pilotes français du projet « MED'REC »⁹.

- MR_1 ou % des patients associés à un processus de conciliation dans les 24 heures = nombre de patients admissibles ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24 heures x 100/ nombre de patients admissibles accueillis dans le service;
- MR_2 ou % de divergences intentionnelles non décrites = nombre de divergences intentionnelles non décrites x 100/nombre de patients admissibles;
- MR_3 ou % de divergences non intentionnelles = nombre de divergences non intentionnelles x 100/nombre de patients admissibles;
- MR_4 ou % de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle = nombre de patients ayant au moins une divergence non intentionnelles x 100/ nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse.

Un patient admissible est un patient répondant à l'ensemble des critères d'inclusion décrits précédemment.

Étape 5 : Recueil et analyse de risque des divergences à la sortie du patient

Pour avoir une vision exhaustive de la continuité du traitement, nous avons comparé l'ordonnance de départ à la prescription informatisée datant de 24 heures avant la sortie ainsi qu'au BMO. Les écarts observés à partir de cette comparaison ont été exprimés qualitativement selon les différents types d'écarts répertoriés et quantitativement en nombre et pourcentage par rapport au nombre total d'écarts comptabilisés.

Tableau I. Caractéristiques des erreurs médicamenteuses REEM-NCC-MERP selon le degré de réalisation et la gravité des conséquences cliniques pour le patient⁶

Selon le degré de réalisation	Selon la gravité des conséquences cliniques pour le patient	
	Catégorie A	Circonstance ou évènement susceptibles de provoquer une erreur
Erreur médicamenteuse potentielle	Catégorie B	Une erreur s'est produite, mais le médicament n'est pas parvenu jusqu'au patient
Erreur médicamenteuse avérée	Catégorie C	Une erreur s'est produite jusqu'au patient, sans dommage pour le patient
	Catégorie D	Une erreur s'est produite et a provoqué une surveillance accrue du patient mais sans lui causer de dommage
	Catégorie E	Une erreur s'est produite et a motivé un traitement ou une intervention en provoquant un préjudice temporaire au patient
	Catégorie F	Une erreur s'est produite en entraînant ou allongeant un séjour hospitalier et en provoquant un préjudice temporaire au patient
	Catégorie G	Une erreur s'est produite et a provoqué un préjudice permanent au patient
	Catégorie H	Une erreur s'est produite et a provoqué un accident mettant en jeu le pronostic vital du patient
	Catégorie I	Une erreur s'est produite et a provoqué le décès du patient

Étape 6 : Détermination de la faisabilité de la conciliation à l'entrée et à la sortie du patient

Nous avons mesuré systématiquement la durée globale (en temps « pharmaceutique ») de réalisation de la conciliation médicamenteuse des traitements à l'entrée et à la sortie de chaque patient.

Résultats

Du 1^{er} juin 2013 au 31 août 2013, 45 patients de plus de 75 ans, adressés pour une hospitalisation par un service d'accueil des urgences en médecine gériatrique aiguë ont été inclus dans l'étude. Tous ces patients ont subi un processus de conciliation médicamenteuse et ont donc bénéficié d'un BMO. La moyenne d'âge de la population étudiée était de 80 ans, le ratio femmes/hommes, de 28/17 (62%/38%) et la durée moyenne de séjour, de 25,8 jours.

Étape 1 : Recherche active d'information sur le traitement du patient

Les sources d'information consultées pour le recueil exhaustif des médicaments pris par le patient et nécessaires à la réalisation du BMO étaient systématiquement les transmissions du service d'accueil des urgences ainsi que le dossier médical patient en cours; appel du médecin traitant par les médecins hospitaliers gériatres dans 80% des cas; appel du médecin spécialiste par les médecins hospitaliers gériatres dans 11% des cas; consultation de l'ordonnance de la ville/l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes apportée et jointe au dossier médical patient en cours dans 22% des cas; questionnaire patient dans 47% des cas; entretien avec la famille dans 4% des cas (questions identiques à celles posées au patient).

Concernant l'entretien avec le patient, 21 (47%) patients ont accepté de répondre aux questions relatives à leur traitement, 17 (38%) présentaient des troubles cognitifs importants ne permettant pas d'envisager un entretien et sept (16%) patients n'ont pas été interrogés en raison d'impossibilités organisationnelles. Les réponses des patients ayant participé au questionnaire concernant certains points sont les suivantes : adhésion thérapeutique : un (5%) a déclaré être partiellement observant contre 20 (95%) qui déclaraient l'être; médicaments pris au quotidien : neuf (43%) patients

ne connaissaient pas le nom de leurs médicaments, cinq (24%) pouvaient citer au moins la moitié de leur traitement et sept (33%), la totalité de leur traitement; utilité/rôle des médicaments : sur les 12 patients pouvant parler de leur traitement, en totalité ou en partie, six (50%) étaient capables de dire partiellement à quoi servaient leurs différents médicaments, et six pouvaient exprimer l'utilité de l'ensemble du traitement; préparation/répartition des médicaments avant administration : neuf (43%) patients déclaraient préparer leur traitement de manière autonome, trois (14%) patients se faisaient aider d'un proche, et un soignant préparait les médicaments de neuf (43%) patients.

Étape 2 : Comparaison du BMO à l'OMA

Le nombre de médicaments figurant sur le BMO d'un patient était en moyenne de 7,7. Le nombre moyen de modifications par patient s'élevait à 7,5 avec en moyenne 2,0 ajouts, 2,4 arrêts, 2,2 substitutions et 0,9 modification de posologie.

Étape 3 : Caractérisation des divergences observées

Cette étude a mis en évidence 339 écarts entre le BMO et l'OMA, dont 92 (27%) ajouts, 110 (32%) arrêts, 98 (29%) substitutions et 39 (12%) modifications de posologie. Deux cent trente-deux (96%) divergences intentionnelles et neuf (4%) divergences non intentionnelles ont été répertoriées. Les divergences intentionnelles se subdivisaient en deux catégories : 65 (28%) divergences documentées et 167 (72%) divergences non documentées.

Concernant les divergences non intentionnelles, un ajout (11%), cinq omissions (56%) et trois erreurs de posologie (33%) ont été recueillies. Les classes thérapeutiques en cause sont : inhibiteurs de la pompe à protons (deux), inhibiteur calcique (deux), antianémique (fer et acide folique; deux), antalgique de palier I, aussi appelé antalgique non opiacé (un), inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (un) et calcium (un). Selon la grille « Caractéristiques des erreurs médicamenteuses REEM-NCC-MERP » de la Société française de pharmacie clinique, les neuf divergences non intentionnelles détectées sont des erreurs médicamenteuses avérées (Figure 2), dont trois de catégorie D (une erreur s'est produite et a provoqué une surveillance accrue du patient mais sans lui causer de dommage) et six de catégorie C (une erreur s'est produite jusqu'à toucher le patient, sans dommage pour lui).

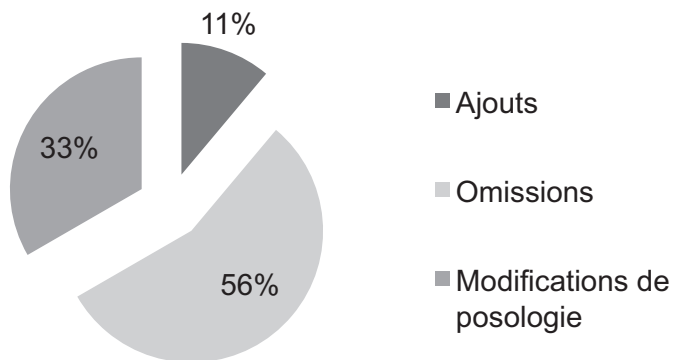


Figure 2. Répartition des différents types de divergences non intentionnelles

Concernant les divergences intentionnelles non documentées (Figure 3), il s'agissait de 65 ajouts (39 %), 82 arrêts (49 %) et 20 modifications de posologie (12 %).

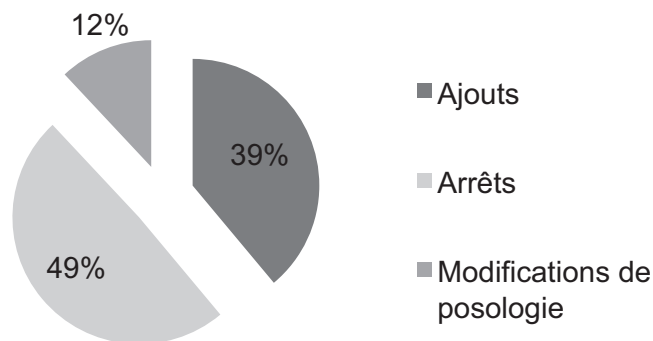


Figure 3. Répartition des différents types de divergences intentionnelles non documentées

Étape 4 : Mesure d'impact

Le résultat des quatre indicateurs « MED'REC » de l'OMS caractérisant le degré d'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux et les effets sur les erreurs médicamenteuses sont les suivants :

- MR₁ ou % des patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse dans les 24 heures = $20 \times 100/45 = 44 \%$
- MR₂ ou % de divergences intentionnelles non documentées = $167 \times 100/45 = 371 \%$
- MR₃ ou % de divergences non intentionnelles = $9 \times 100/45 = 20 \%$
- MR₄ ou % de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle = $7 \times 100/45 = 16 \%$

Étape 5 : Recueil et analyse de risque des divergences à la sortie du patient

À la clôture de l'étude, parmi les 45 patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée, 25 en ont bénéficié à la sortie (c'est-à-dire que leur ordonnance de départ a été comparée à la prescription informatisée retrouvée sur Phedra^{MD}, datant de 24 heures avant la sortie, et au BMO réalisé à l'admission du patient), sept étaient

décédés et 13 étaient toujours hospitalisés. L'ordonnance de départ comportait en moyenne 7,6 médicaments, environ trois ordonnances de départ sur quatre étaient différentes de l'ordonnance informatisée retrouvée sur Phedra^{MD} 24 heures avant la sortie, et uniquement un arrêt et un ajout ont été observés parmi les 25 patients ayant bénéficié d'une conciliation avant leur départ.

Cependant, 31 erreurs de prescription ont été répertoriées, soit plus d'une erreur par patient ayant bénéficié du processus de conciliation. Il s'agit de : six (19 %) omissions de reprise des médicaments arrêtés intentionnellement à l'entrée (exemple : cholécalciférol); 16 (52 %) non-reprises des médicaments initiaux, substitués en raison de leur absence du livret thérapeutique de l'établissement; une (3 %) poursuite de protocole interne à l'établissement, non adapté en communauté (protocole insuline); quatre (13 %) poursuites de médicaments prescrits à des dosages et des posologies particulières en raison de contraintes liées aux médicaments disponibles au sein de l'établissement (exemples : lévothyroxine à 50 mcg, un demi-comprimé par jour au lieu de lévothyroxine à 25 mcg, un comprimé par jour ou prazosine à libération prolongée 2,5 mg, deux comprimés par jour au lieu de prazosine à libération prolongée 5 mg, un comprimé par jour); trois omissions (10 %) de médicaments figurant sur l'ordonnance informatisée retrouvée sur Phedra^{MD} 24 heures avant la sortie, mais oubliés par le médecin gériatre lors de la rédaction de l'ordonnance de départ, et un doublon (3 %).

La gravité des conséquences cliniques de l'ensemble des écarts observés était de catégorie A, c'est-à-dire une circonstance ou un événement susceptible de provoquer une erreur, selon la grille « Caractéristiques des erreurs médicamenteuses REEM-NCC-MERP » de la Société française de pharmacie clinique.

Étape 6 : Détermination de la faisabilité de la conciliation à l'entrée et à la sortie du patient

La durée globale de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est estimée à 50 minutes par patient (recherche et consultation par l'interne en pharmacie du dossier médical patient en cours, de la transmission du service d'accueil des urgences et de l'ordonnance de ville : 15 minutes; questionnaire patient : 20 minutes; comparaison BMO/OMA : 10 minutes; analyse des divergences avec le médecin : cinq minutes). Dans cette étude, seul le temps « pharmaceutique » a été pris en compte, nous n'avons pas comptabilisé le temps « médical hospitalier » préalable à la rédaction de l'OMA, dont notamment le temps d'appel du médecin traitant. La durée globale de la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie du patient est estimée à 20 minutes par patient.

Discussion

L'étude ayant été menée durant une période estivale, au cours de laquelle il y a eu une forte diminution d'admissions en médecine gériatrique aiguë de patients transférés d'un service d'accueil des urgences, peu de patients (45 patients en trois mois) ont été inclus.

Un BMO nécessite d'identifier l'ensemble des médicaments prescrits ou pris en automédication ainsi que leur nom, dosage et posologie exacts. Ce recueil doit être le plus exhaustif possible. Sa réalisation impose donc une prise en charge transversale entre différents professionnels de la santé : médecin traitant, médecin gériatre hospitalier, urgentologue, pharmacien d'officine et pharmacien hospitalier. La collaboration entre médecins hospitaliers – médecins traitants – pharmaciens hospitaliers existe, mais le pharmacien d'officine y est absent. En effet, celui-ci n'a pu être contacté en raison d'importantes difficultés à obtenir des coordonnées fiables de la pharmacie d'officine fréquentée par les patients : élément absent du dossier médical patient en cours, nom de l'officine incomplet ou non connu du patient ou de ses proches, coordonnées de l'officine ne figurant pas sur les ordonnances apportées par le patient.

De plus, malgré la demande du département de pharmacie, l'établissement ne dispose pas du système informatique associé au lecteur de carte vitale (carte d'assurance maladie française), qui permettrait l'accès au dossier pharmaceutique. En effet, depuis octobre 2012, les pharmaciens d'officine peuvent accéder au dossier pharmaceutique et connaître l'ensemble des médicaments délivrés (prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien) au cours des quatre derniers mois, grâce à la lecture des données contenues sur la carte vitale du patient. Ainsi, l'accès au dossier pharmaceutique est à optimiser afin de bénéficier d'une source d'information supplémentaire fiable.

La plupart des études portant sur la conciliation médicamenteuse n'incluent pas les patients atteints de troubles cognitifs, pourtant ce sont les patients âgés de plus de 75 ans, souvent polymédiqués, qui doivent être ciblés en priorité pour une conciliation des traitements médicamenteux¹⁰. En médecine gériatrique aiguë, une partie des patients présentent de tels troubles ne leur permettant pas d'apporter des réponses cohérentes au questionnaire. Les données de ces patients ont été conservées, car deux sources d'informations étaient systématiquement croisées pour chacun des patients.

Le questionnaire patient souligne que les patients âgés interrogés adhèrent à leur traitement. En revanche, on observe une méconnaissance de leurs médicaments et de leur utilité respective, pouvant s'expliquer par des troubles de la mémoire ou une mauvaise compréhension de leur traitement. Ainsi, fournir une information orale ou écrite et adaptée à chaque patient ayant bénéficié d'une conciliation (et le souhaitant) sur son traitement médicamenteux pourrait être une solution pertinente afin que celui-ci participe pleinement à son traitement médicamenteux.

La comparaison BMO/OMA met en avant un grand nombre de médicaments prescrits au patient âgé, souvent atteint de multiples comorbidités. Le nombre moyen de modifications est important et presque égal au nombre de médicaments prescrits (7,5 modifications en moyenne pour 7,7 médicaments prescrits en moyenne sur le BMO).

Ces modifications sont, de la plus fréquente à la moins fréquente : des arrêts expliqués notamment par des pratiques locales (arrêt systématique de certains médicaments à l'entrée, par exemple diacérhéine à 50 mg); des substitutions de médicaments non présents au livret thérapeutique de

l'établissement par des spécialités contenues dans le livret; des ajouts, dont une partie due également à des pratiques locales (protocole insuline aspart/glucose 30 %/glucagon, protocole « constipation » : bicarbonate de sodium + tartrate acide de potassium/sorbitol + citrate de sodium/lavement hypertonique); des modifications de posologie.

Les erreurs médicamenteuses à l'admission sont peu fréquentes dans cette étude, ce qui va à l'encontre de la plupart des études sur le sujet. En effet, le pourcentage observé de divergences non intentionnelles (4 %) est nettement inférieur aux résultats d'autres études répertoriées, en moyenne, de 32 % à 54 % de divergences non intentionnelles à l'admission^{1,10,11}. Ce résultat s'explique par la forte implication de l'équipe médicale dans l'amélioration de la qualité de la transition thérapeutique à l'entrée du patient.

Cependant, l'équipe médicale étant au courant de l'étude en cours, un biais a pu être introduit, pouvant entraîner une sous-estimation de notre résultat. En revanche, celle-ci est peu probable, d'une part, car les médecins gériatres du service étudié s'appliquent à tenir les dossiers médicaux patients particulièrement à jour concernant tout changement de traitements majeurs (constat réalisé en amont à l'étude) et d'autre part, par l'appel quasi systématique du médecin gériatre du service au médecin traitant. Néanmoins, le nombre de divergences intentionnelles non documentées (72 % des divergences intentionnelles) est élevé comparativement à l'étude de Berard et coll., où 46 % de divergences intentionnelles non documentées étaient recueillies, ce qui constitue un axe d'amélioration nécessaire au sein du service¹⁰.

Nous avons interprété les quatre indicateurs « MED'REC » de l'OMS de la manière suivante :

- **MR₁ ou % des patients ayant bénéficié d'une conciliation dans les 24 heures.** Sur les 45 patients admissibles, tous ont bénéficié de ce processus, dont 20 dans les 24 heures suivant l'admission, 14 entre 24 et 48 heures et 11 au-delà de 48 heures. Des raisons organisationnelles, à savoir l'hospitalisation des patients durant le week-end et la disponibilité limitée de l'interne en pharmacie en raison d'un service à temps partiel expliquent la non-conciliation du traitement de certains patients durant les 24 heures suivant leur admission. Afin d'améliorer le degré de performance de la réalisation de la conciliation, ici inférieur à 50 % (44 %), l'augmentation du pool de pharmaciens participant à la conciliation par, notamment, la collaboration des externes en pharmacie, pourrait être une première action correctrice envisageable. Mais à long terme, il sera nécessaire de professionnaliser la démarche (par exemple en détachant un interne en pharmacie dans le service pendant une partie du temps) pour que ce processus présente une efficacité et une pérennité optimales, permettant de connaître le plus tôt possible les informations relatives au traitement du patient. Le MR₁ CH de Lunéville de 47 % est comparable à notre pourcentage de 44 %.
- **MR₂ ou % de divergences intentionnelles non documentées.** Cet indicateur mesure le caractère explicite de la décision médicale et de la prescription.

Un pourcentage de 370 % signifie qu'un patient admis aura environ quatre divergences intentionnelles non documentées. Ce pourcentage souligne le nombre important de modifications non tracées dans le dossier médical patient en cours et donc la difficulté d'établir le caractère intentionnel ou non intentionnel sans un dialogue a posteriori entre l'interne en pharmacie et le médecin hospitalier. Le MR₂ CH de Lunéville de 80 % est bien inférieur à notre résultat. Afin d'améliorer ce dernier, il serait indispensable que les médecins gériatres précisent systématiquement de manière écrite, dans le dossier médical patient en cours, toutes divergences intentionnelles, mêmes mineures.

- **MR₃ ou % de divergences non intentionnelles.** Cet indicateur évalue le nombre d'erreurs médicamenteuses à corriger. Bien que l'objectif optimal soit de tendre vers 0 %, un MR₃ de 20 % est un score positif et encourageant en raison du faible nombre d'erreurs médicamenteuses à corriger et comparativement au MR₃ CH Lunéville s'élevant à 80 %. Cet écart est vraisemblablement lié aux démarches différentes adoptées par la population médicale : d'un côté, les gériatres ayant une approche traditionnellement globale de la prise en charge thérapeutique des patients, de l'autre côté, les urgentologues et les endocrinologues plus centrés sur leurs spécialités médicales.
- **MR₄ ou % de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle.** Cet indicateur de pratique clinique pour les pharmaciens et les médecins signifie qu'environ 15 % des patients présentent au moins une erreur médicamenteuse (soit une divergence non intentionnelle), erreur interceptée grâce à la conciliation des traitements médicamenteux. Ce résultat est deux fois inférieur au MR₄ CH Lunéville (34 %) et correspond au faible nombre de divergences non intentionnelles recueillies (neuf).

L'interprétation de ces indicateurs permet de constater que peu d'erreurs médicamenteuses se sont produites au sein de notre service de médecine gériatrique aiguë, ce qui témoigne d'une prise en charge du patient de qualité et sécurisée. En revanche, le nombre de divergences intentionnelles non documentées est particulièrement important. L'absence de cette traçabilité représente un défaut d'information susceptible de générer des erreurs médicamenteuses et peut laisser penser à tort que cet écart n'est pas volontaire, d'où l'importance d'explicitier la décision médicale.

Ceci pourrait être corrigé par la mise en place d'une conciliation proactive, où le BMO est réalisé avant la rédaction de l'OMA. Ainsi, cela permet au prescripteur de disposer du BMO afin de rédiger l'OMA. L'application de cette méthode permettrait une forte diminution des divergences non intentionnelles et intentionnelles non documentées. De plus, cette pratique présenterait un gain de temps; en effet, la conciliation des traitements médicamenteux rétroactive nécessite en moyenne un temps pharmaceutique de 50 minutes/patient, ce qui représente une durée non négligeable. Ainsi, la conciliation proactive permettrait d'assurer la prise en charge médicamenteuse optimale du patient. Il faut tout de même noter qu'actuellement, l'une des principales limites de cette pratique est de type organisationnel, car elle nécessite du temps pharmaceutique mobilisable dès l'admission du patient pour

la rédaction du BMO.

La conciliation des médicaments à la sortie est difficile à réaliser en raison du temps nécessaire, mais apparaît pourtant primordiale. Lors de la sortie du patient du service de médecine gériatrique aiguë, une ordonnance de départ est remise au patient ou à sa famille et expliquée uniquement en cas de changements importants par rapport au traitement d'entrée. Ce défaut d'information peut entraîner des erreurs médicamenteuses, par exemple, si le patient poursuit son traitement antérieur, en ne prenant pas en compte les modifications introduites lors de son hospitalisation.

Les résultats relatifs à la sortie indiquent qu'un patient aura en moyenne plus d'une erreur sur son ordonnance de départ. Ce chiffre est important, et les erreurs observées peuvent avoir des répercussions cliniques sur le patient. En effet, la non-reprise des médicaments initiaux, substitués en raison de leur absence au livret thérapeutique de l'établissement, risque de perturber les habitudes du patient en termes de prise médicamenteuse (non reconnaissance de la boîte, du nom, de la forme, voire de la couleur de son médicament habituel), pouvant influencer sur l'adhésion thérapeutique.

La poursuite des médicaments prescrits à des dosages et posologies particuliers en raison de contraintes liées aux médicaments disponibles au sein de l'établissement présente un risque potentiel de surdosage ou de sous-dosage. Il en est de même concernant la poursuite du protocole interne à l'établissement, non adapté au patient sortant (protocole insuline), auquel s'ajoute un inconvénient pour le patient au cours de sa vie quotidienne, car il est obligé de mesurer sa glycémie la nuit, ce qui entraîne une éventuelle injection d'insuline. Enfin, concernant les omissions de reprise des médicaments retirés intentionnellement à l'entrée, elles peuvent être expliquées par le fait que les médecins gériatres ne se réfèrent pas au BMO pour rédiger l'ordonnance de départ. Si elles ne sont pas détectées, ces omissions présentent le risque potentiel que l'erreur se poursuive jusqu'à la réévaluation du médecin traitant.

Faire participer le patient aux points de transition de son parcours de soins est une pratique à développer, afin qu'il soit placé au centre de sa prise en charge médicamenteuse. Une consultation pharmaceutique, comme elle existe au CH de Nîmes, pourrait ainsi être envisagée à l'admission, préalablement à la rédaction de l'OMA, puis à la sortie afin que le patient reçoive une information (orale ou écrite) pharmaceutique claire sur les médicaments pris au quotidien et les modifications intervenues à l'hôpital. Cette démarche permettrait également d'améliorer l'adhésion thérapeutique du patient^{12,13}.

Le temps nécessaire à la conciliation des traitements médicamenteux fluctue et dépend de la complexité du traitement des patients, mais également de la facilité à établir le BMO sur la base des sources d'informations disponibles, dont la fiabilité est variable.

Conclusion

La conciliation des traitements médicamenteux a permis d'identifier et de corriger des erreurs médicamenteuses qui se sont révélées plus fréquentes à la sortie qu'à l'admission

dans cette étude menée en gériatrie. Elle s'inscrit donc dans une démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés, permet une approche complète du parcours du patient et participe à la culture qualité de l'établissement.

Cette démarche professionnelle représente un investissement important (implication, temps, charge de travail). Elle fournit également au pharmacien hospitalier une occasion de participer activement à son intégration au sein du service de soins par la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment par la correction des divergences non intentionnelles et l'entretien avec le patient lors du questionnaire pour l'établissement du BMO. Cependant, la conciliation des traitements médicamenteux nécessite un partage d'informations entre les professionnels de la santé communautaires et hospitaliers, encore trop limité à l'heure actuelle. Ce manque de communication et l'absence d'un système d'informations partagées entre la communauté et l'hôpital joue un rôle certain dans la survenue des erreurs médicamenteuses.

Cette pratique standardisée qu'est la conciliation est donc faisable et nécessite pour être optimale un investissement supplémentaire. Les perspectives à développer sont tout d'abord la formalisation d'une fiche de conciliation des traitements (telle une feuille de liaison, directement utilisable par le patient, le médecin traitant, le pharmacien d'officine et pour tout transfert ou à la sortie), l'accès facilité au dossier pharmaceutique, la mise en place d'une consultation pharmaceutique à l'admission et à la sortie, et enfin l'amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'informations communauté/hôpital.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165:424-9.
2. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A et coll. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* 2008;42:1373-9.
3. Haute Autorité de Santé, 2009. Manuel de certification des établissements de santé. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200812/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf (site visité le 1^{er} juin 2013).
4. World Health Organisation, 2011. High 5s : Action on patient safety. [en ligne] http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_Oct_2011.pdf (site visité le 1^{er} juin 2013).
5. Haute Autorité de Santé. Comité de pilotage national High 5s, 2010. Projet MED'REC (Médication REconciliation) - L'initiative High 5s. [en ligne] https://www.high5s.org/pub/Main/EnSavoirPlusCopilFevrier/C_2010_02_Med_Rec_EVLAOR.pdf (site visité le 1^{er} juin 2013).
6. Journal officiel de la République française, 2011. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cid=Texte=&categorieLien=id> (site visité le 1^{er} juin 2013).
7. Dufay E. Qualité et sécurité des soins liés aux produits de santé - Le processus de conciliation des traitements médicamenteux. Présenté au 12^e Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé. Paris, 29 novembre 2010.
8. Société française de pharmacie clinique, 2005. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1^{re} édition. [en ligne] http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4679.pdf (site visité le 2^e juin 2013).
9. Baum T, Doerper S. La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé. Thèse présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2011 à l'université Henri Poincaré, Nancy, France.
10. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihan R, Grimont P et coll. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *Presse Med* 2012;41:e77-86.
11. Berard V, Rebai C, Ledoyen A, Roussel-Galle MC, Xavier-Ribot M, Beauclair P et coll. Intégration de la conciliation médicamenteuse à une pratique pharmaceutique de terrain. Présentée à la session Hopipharm 2013. Congrès national des pharmaciens des hôpitaux. Lyon, 24 mai 2013.
12. Page RL, Ruscini M. The risk of adverse drug events and hospital-related morbidity and mortality among older adults with potentially inappropriate medication use. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:297-305.
13. Trivalle C, Cartier T, Verny C, Mathieu AM, Davrinche P, Agostini H et coll. Identifying and preventing adverse drug events in elderly hospitalised patients: a randomised trial of program to reduce adverse drug effects. *J Nutr Health Aging* 2010;14:57-61.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to detect medication errors through medication reconciliation and to assess the usefulness and feasibility of this standardized practice in an acute geriatric unit.

Background: Many medication errors occur during the community-hospital transition, especially in elderly patients. To reduce the number of such errors and ensure patients a quality and safe care trajectory, France is participating in the international project SOP MED'REC, launched by the World Health Organization and aimed at the implementation of medication reconciliation.

Results: Forty-five patients (45) were included in the study over a 3-month period. Nine unintentional discrepancies were found: one addition, five omissions and three dosage modifications. Two hundred and thirty-two (232) intentional discrepancies were identified. Of them, 65 were documented and 167 were undocumented. At discharge from the hospital, 25 patients' medications were reconciled, which revealed 32 discrepancies. The total duration of medication reconciliation, from admission to discharge, is estimated at 70 minutes per patient.

Discussion: Medication reconciliation requires better cooperation between the different players in the patient care trajectory: personal physicians, hospital physicians, hospital pharmacists and community pharmacists. This exercise resulted in the detection and correction of medication errors, which were found more frequently during discharge than admission. The large number of undocumented intentional discrepancies needs to be addressed, since a lack of traceability can lead to medication errors.

Conclusion: Medication reconciliation in geriatrics makes for safe pharmacological patient management and contributes to the institution's quality culture.

Key words: Intentional discrepancies, geriatrics, medication errors, medication reconciliation, unintentional discrepancies