



Retour d'expérience sur la mise œuvre de la conciliation médicamenteuse Centre Hospitalier de Saint Marcellin

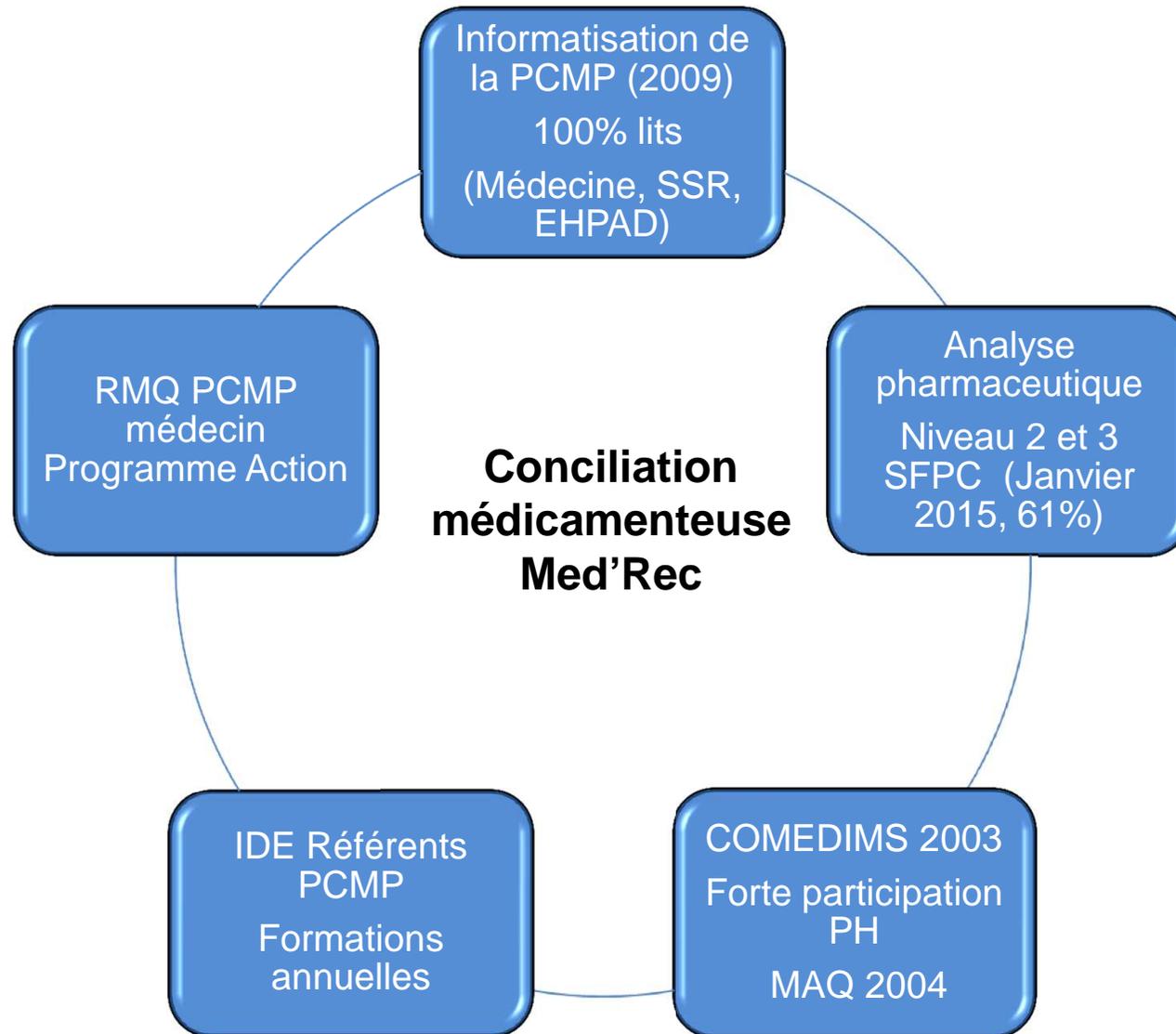
Service de Médecine : Dr Beauclair, Dr Roussel-Galle, Dr Xavier-Ribot
Service des Urgences : Dr Gonzales, Dr Palisse, Dr Rebai
Service de SSR : Dr Lehmann, Dr Mensah, Dr Roussel
Service pharmacie : Dr Bérard, Dr Grain

Amandine GRAIN Pharmacien

Réunion thématique : « Déployer la conciliation médicamenteuse » Paris 6 février 2015



Sécurisation PCMP CH St-Marcellin





Evaluation des pratiques PCMP

- Audits
 - Conformité réglementaires et de bonnes pratiques
 - Pertinence des prescriptions (AVK, ATB, personne âgée, chimio...)

- Analyses de risques *a priori*
 - AMDEC
 - Informatisation de la PCMP (2011)
 - Gestion des traitements personnels (2012)
 - Conciliation médicamenteuse (2012)
 - Prise en charge des infections urinaires (2012)
 - VVC (2013)
 - Cartographie des risques PCMP
 - Interdiag médicament TM outil ANAP (2011)/
 - Archimed TM
 - AMDEC de l'ensemble de PCMP(fin juin 2013)

- Analyses de risques *a posteriori*
 - RMM (depuis 2006)
 - CREx (depuis 2012)

- Développement de formations E-learning et présentiels sur la sécurité de la PCMP + questionnaires auto évaluation
 - 100% IDE formées chaque année par les pharmaciens

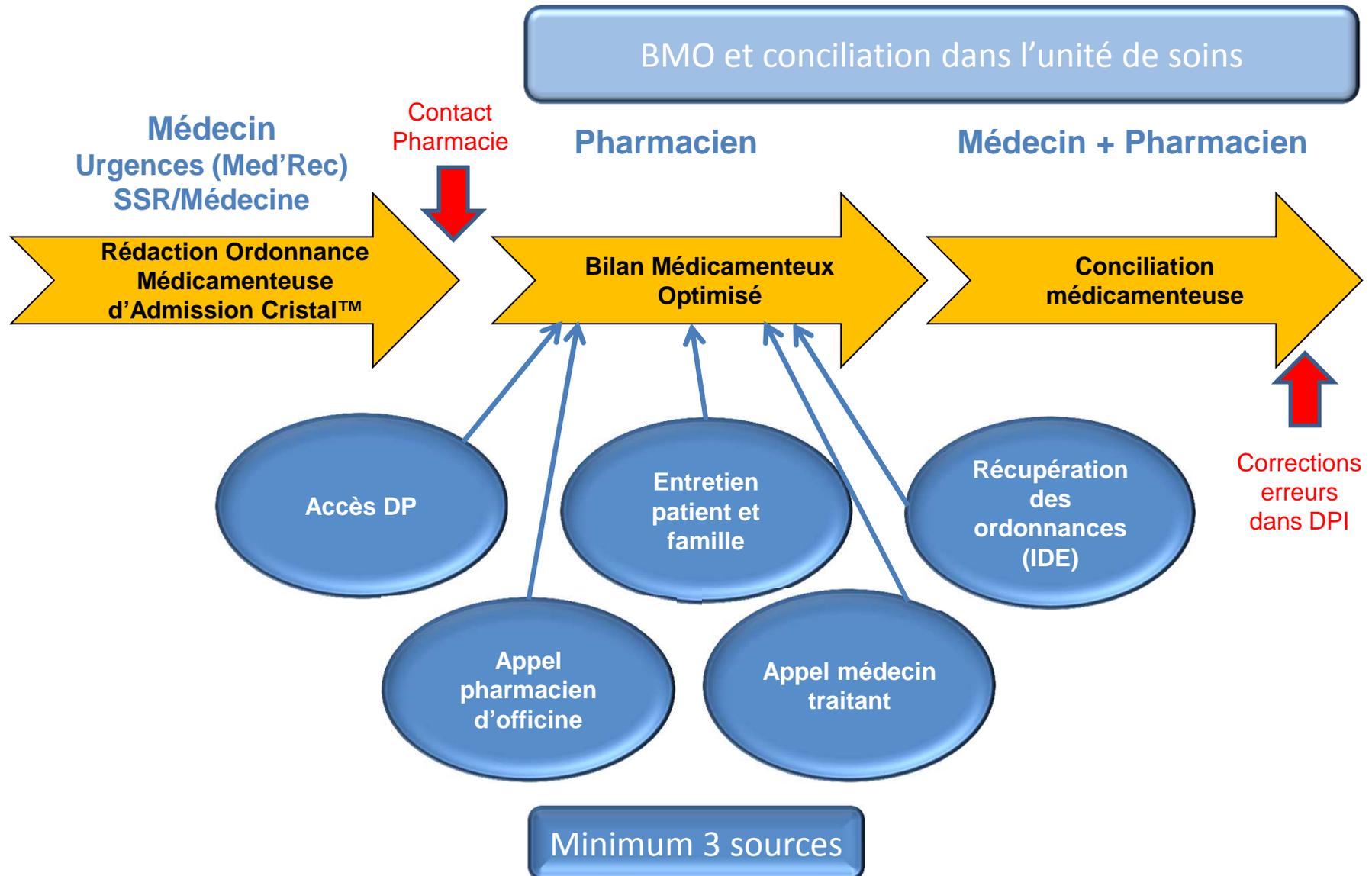


Points forts pour mise en place CTM

- Sensibilisation aux erreurs médicamenteuses (bon niveau de déclaration) et à leur analyse approfondie (Orion™ AFM 42)
- Forte implication médicale et soignante (leaders porteurs du projet) dans les instances et les démarches (80% PH audits/ analyses de risques ...)
- Faible effectif, beaucoup de communication
- Accompagnement institutionnel
 - CME
 - Projet d'établissement
 - Dossier Pharmaceutique
- Participation études ancillaires (médecins + pharmaciens)
 - Eval Impact
 - Medrec kappa



Pratique : processus rétroactif





Processus hors Med'Rec

REPERAGE PATIENT Medecin SSR / Médecine

PATIENT

Compréhension
Accompagnement ou non
(aide à domicile pour la
prise)
Automédication
Nomadisme

MEDICAMENTS

Médicaments à risques ?
Associations fixes, formes
LP, chimiothérapies orales,
immunomodulateurs,
anticoagulants ...

POINTS DE TRANSITION

Entrées
Nombreux transferts
Sortie de chirurgie (SSR)



Organisation spécifique

- Choix BMO réalisé par Pharmacien au sein même du service
 - bureau médical (DP, appel Pharmacie officine/médecin)
 - Récupération ordonnances (IDE)
 - chambre patient (entretien patient/famille)

- BMO associé systématiquement à une première analyse d'ordonnance

- CTM dans l'US à l'issue de la réalisation du BMO

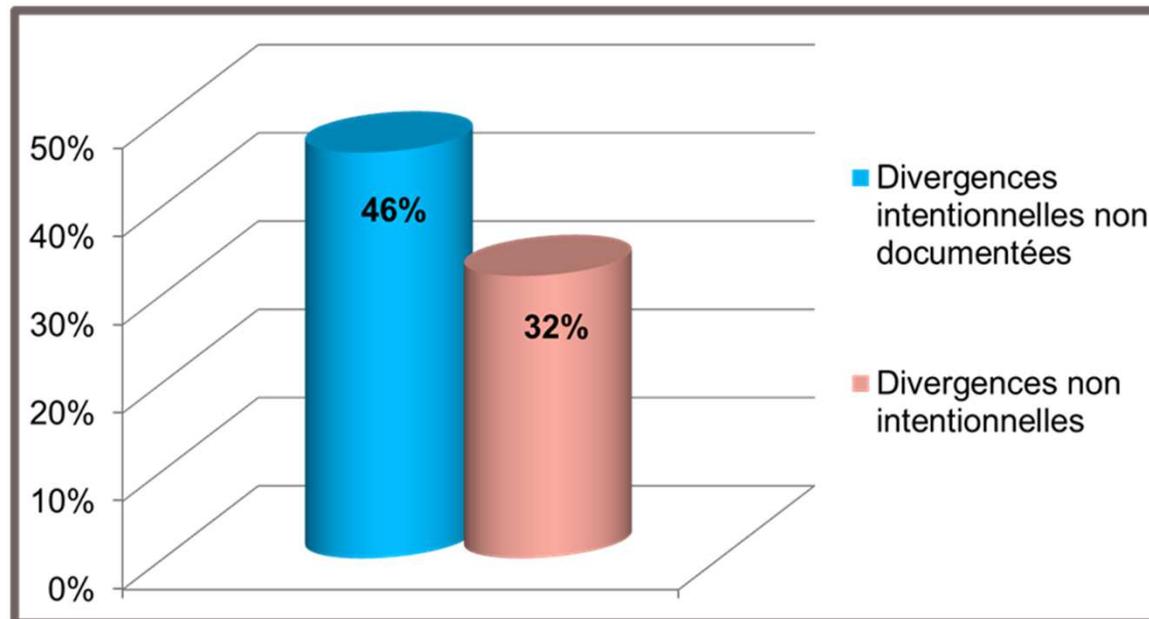
- Correction DPI en binôme médecin-pharmacien

- Fiche historique médicamenteux abandonnée au profit d'une intervention simple dans les observations médicales



Divergences interceptées

- Stabilité de la proportion de divergences initiales de 2011 à 2015

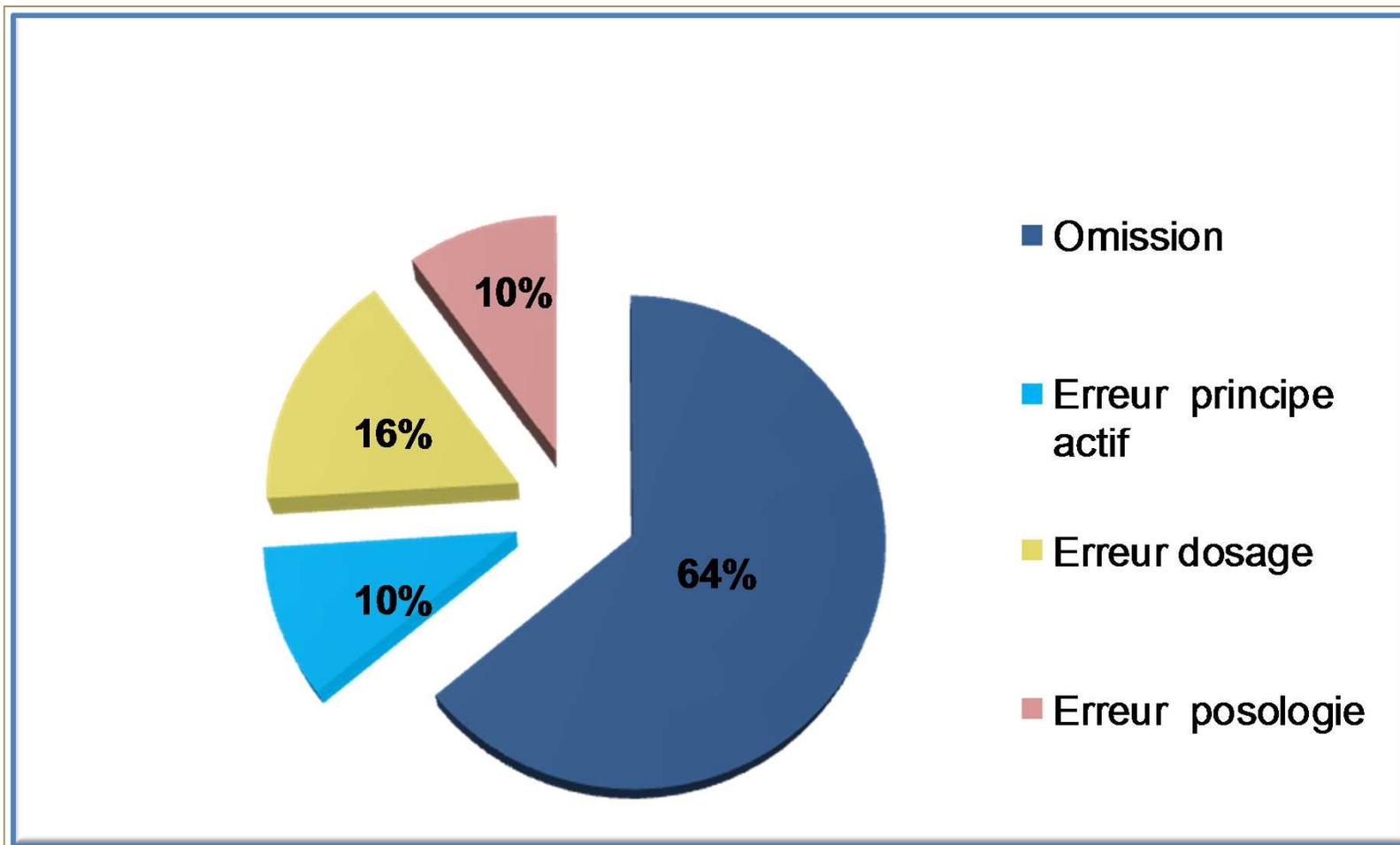


1.38
divergences/patient

0.57 divergence non
intentionnelle/patient



Types d'erreurs interceptées





Exemple d'erreurs interceptées

- Erreurs liées au patient :
 - Défaut d'observance
 - Automédication antalgiques
 - Prescriptions parallèles d'un même principe actif par des prescripteurs différents
- Erreurs liées à la prescription à l'admission
 - Associations fixes de principe actif
 - Omission antiasthmatiques, anticoagulants
- Erreurs liées aux conditions d'hospitalisation
 - Patient hospitalisé sans ordonnance
 - Information contradictoires entre pharmacien officine/médecin référent
- Erreurs dans le traitement de ville
 - Prescription généraliste, contre-indication du PA prescrit par spécialiste
- Erreurs: Traitement Antibiotiques, Collyres



Autres apports de la CTM

➤ Informations portés à connaissance des prescripteurs

- Prise récente ATB (14% des patients)
- Défaut d'observance (8%): EI, compréhension difficile, difficulté de manipulation (ex sécabilité)...
- Automédication (8%)

➤ Optimisation thérapeutique: 8% des patients

- Suppression de redondances
- Modification de traitement ATB
- Réévaluation du rapport Bénéfice/Risque
- Modification prescription suite IAM (plusieurs prescripteurs)



Limites pour mise en place CTM

200 patients conciliés/an

- Faible effectif médical et pharmaceutique (1,8 ETP pharmacien)
- Utilisation DP : récupération des cartes vitales
- DPI
 - Pas de module CTM dans Cristal link™
 - Obligation saisie dans module indépendant xls. non pertinent
 - Peu facilitant pour CTM à sortie (re-saisie inenvisageable)
- Impact économique de la CTM non connu, difficile à financer ...



Pistes d'amélioration

- Module CTM dans le DPI (Cristal link™)
 - Incontournable valorisation de l'activité
 - Incontournable pour l'étendre sur la sortie (Objectif du projet établissement)
- Intégration CTM dans courrier de sortie (Apicrypt™, Zepra™)
- Critères sélection des patients à concilier
Etudes ancillaires Eval Impact, Medrec kappa



Conclusion

