

Comment réussir un projet d'optimisation de la continuité des traitements médicamenteux en gériatrie: difficultés et atouts?

Dr Cécile Legendre, GH Paris Saint Joseph – Hôpital Léopold Bellan

Comment réussir un projet d'optimisation de la continuité des traitements médicamenteux en gériatrie: difficultés et atouts?

Dr Cécile Legendre, GH Paris saint Joseph – Hôpital Léopold Bellan

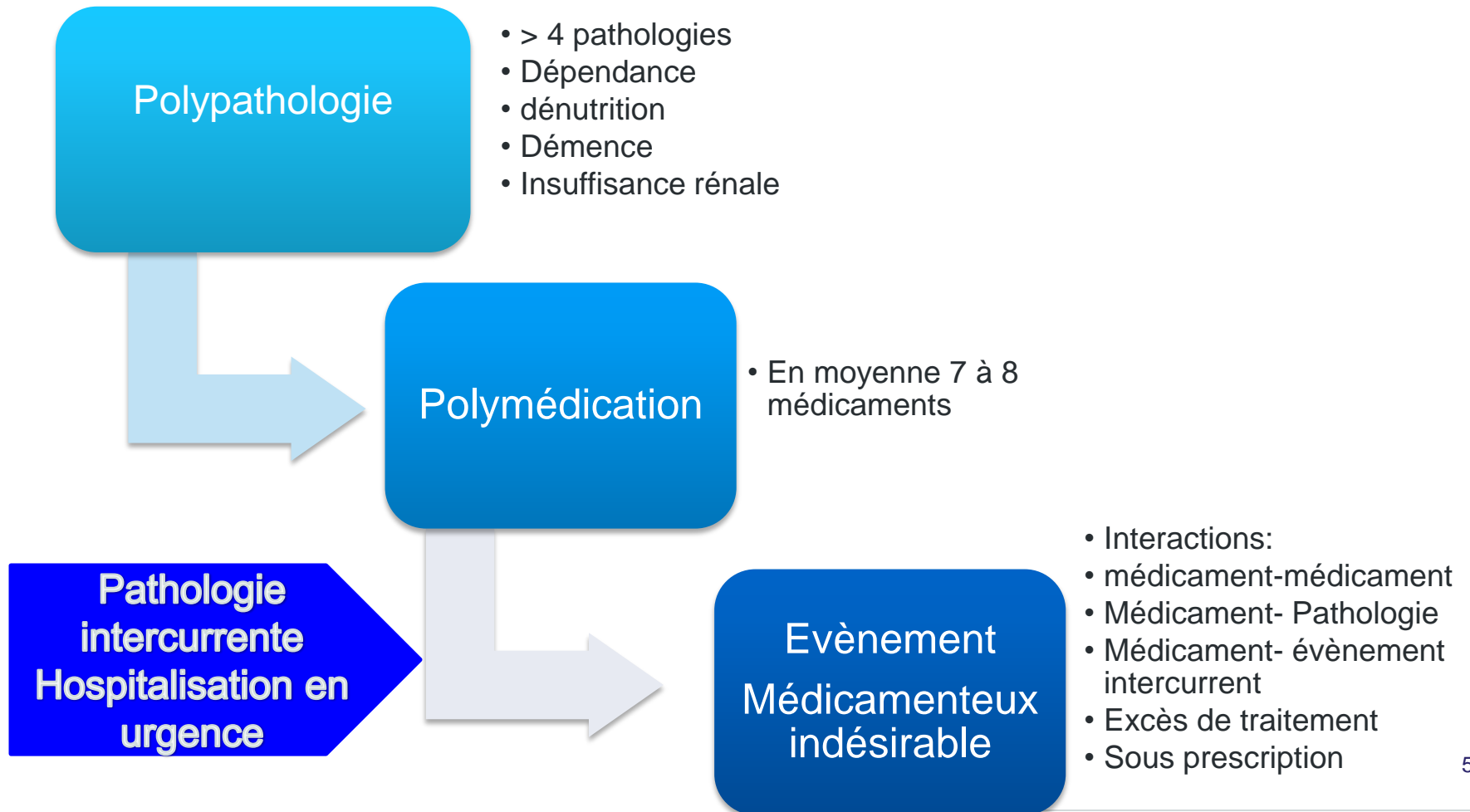
1

Introduction

Le risque médicamenteux chez le sujet âgé

- Le défaut d'observance est responsable de 10 % des hospitalisations
- La iatrogénie est responsable de 20 % des hospitalisations (principalement traitements cardiologiques et psychotropes)
- Le risque est majoré à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation :
 - ▶ Les évènements indésirables médicamenteux sont souvent consécutifs à de nouvelles prescriptions à l'entrée et à la sortie du patient
 - ▶ 60 à 80 % des réadmissions après séjours hospitaliers sont liées à un évènement indésirable médicamenteux
- 50 à 70 % des évènements indésirables médicamenteux sont évitables

Le risque médicamenteux chez le sujet âgé



Diminuer la iatrogénie en gériatrie : Conciliation des traitements médicamenteux (CTM)

1- Anamnèse médicamenteuse

1 - Identification les
traitements habituels



2- CTM à l'admission

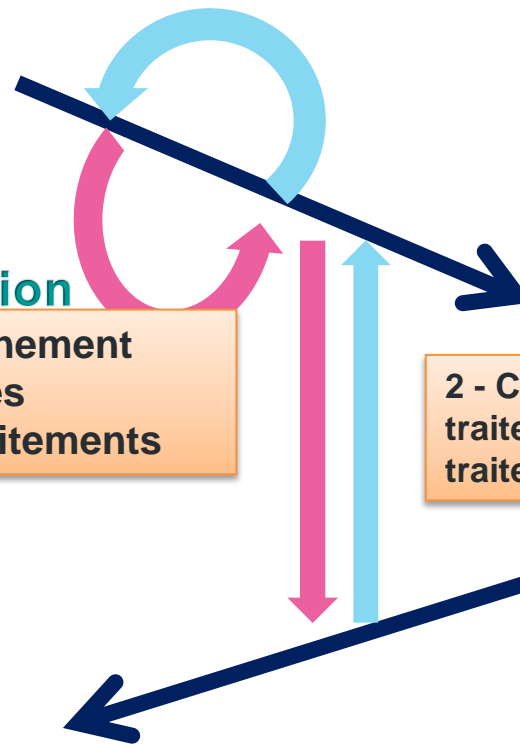
Détection, renseignement
et/ou correction des
divergences de traitements

2 - Comparaison des
traitements habituels aux
traitements hospitaliers



3- CTM à la sortie

3 - Comparaison des
traitements habituels aux
traitements prescrits en sortie



2

Mise en œuvre de la conciliation en gériatrie à l'hôpital Saint Joseph: Etude pilote

Etude pilote

■ Objectifs de l'étude:

- ▶ Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre de la conciliation en gériatrie
- ▶ Evaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge médicamenteuse du patient

■ Etude prospective de 2 mois du 1^{er} janvier au 3 mars 2015 dans l'unité de court séjour gériatrique de l'hôpital Saint Joseph (15 lits, DMS 11 jours)

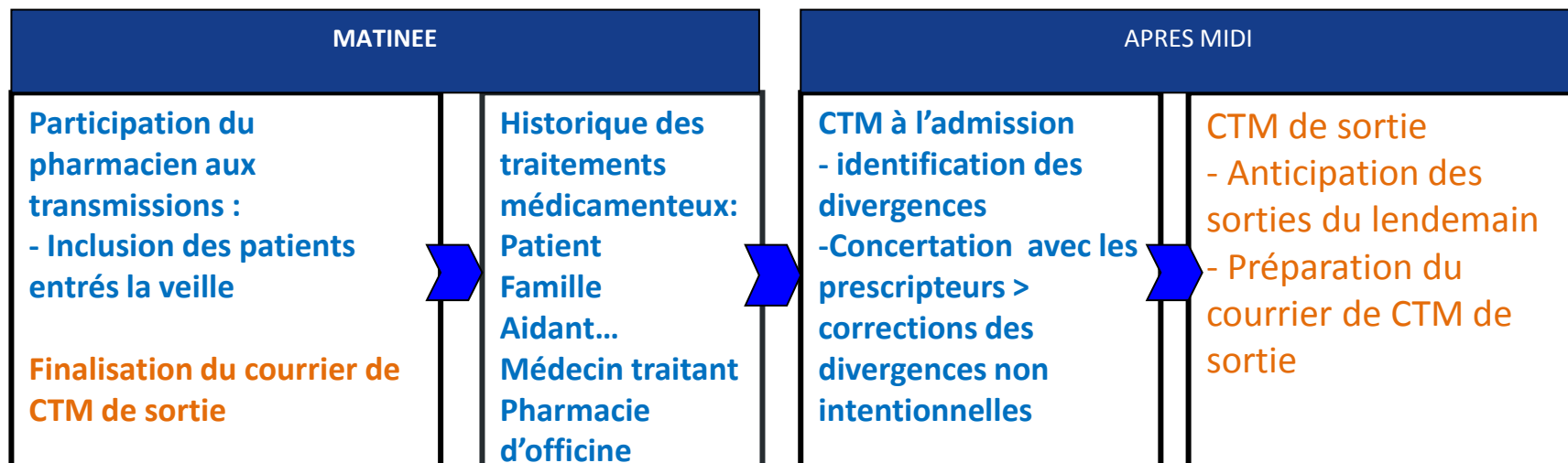
■ Inclusion de tous les patients non inscrits dans une démarche palliative

■ Mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM)

- ▶ à l'entrée (CTM rétroactive)
- ▶ à la sortie.

■ Ressources allouées: 1 interne + 1 externe en pharmacie.

Modalités de mise en œuvre



Développement d'un outil informatique

- Logiciel permettant d'assister l'ensemble du processus de CTM développé via Excel (Microsoft ®)
- Il permet (après saisie des informations) la génération automatisée de courriers et de fiches de conciliation destinées aux dossiers médicaux des patients, aux patients et aux professionnels de santé.
- Les documents générés sont intégrés au dossier médical informatisé du patient.
- Les courriers de conciliation intègrent le compte rendu d'hospitalisation et sont adressés à la pharmacie d'officine.

1^{er} module: anamnèse des traitements médicamenteux

Outil de conciliation des traitements médicamenteux

Données patient

Nom: DUPONT, Sexe: H, # Voie: 16, Voie / rue: rue du cygne, Consultation du: 10/12/2014, Conciliation du: 11/12/2014

Prénom: gerard, Date de naissance: 12/10/1955, CP: 75001, Commune/Ville: PARIS, Jour Mois Année: 12/10/1955, Jour Mois Année: 11/12/2014

1-Anamnèse médicamenteuse | 2-Conciliation médicamenteuse | 3-Sortie du patient

Anamnèse médicamenteuse

Traitement médicamenteux	mat	mid	soir	nuit	Source(s) de l'anamnèse						
PARACETAMOL 500 mg. cp.	1	1	1	0	CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
METFORMINE 1 g. cp. pelliculé	1	1	1	0	CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
ALLOPURINOL 100 mg. cp.	1	0	0	0	CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITALOPRAM 20 mg. cp. pelliculé séc.					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITALOPRAM 20 mg. cp. pelliculé séc.					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITALOPRAM 20 mg. cp. pelliculé séc.					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
KESTON (CASSIUM) 250 mg. ampoule					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITICOLINE 500 mg/4ml, sol. (IM,IV) ampoule					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITRAFLEET, pd. sol. buv.					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITRATE D'ORSOLIM (50 F3) CIS BIO INTERNATIONAL, 1111 Mg/mL, suspension pour injection locale					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITRATE D'OTYTRILIN (50 V) CIS BIO INTERNATIONAL, 37-370 Mg/mL, suspension pour injection intra-articulaire					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD
CITRATE DE BETAINE 2 g. cp. effervescent					CR	OFF	HNS	BOX	FAM	MT	ORD

Correspondance

Civité: M, Nom du correspondant: HENRY, # Voie: 1, Voie / rue: rue de saint pétersbourg, CP: 75008, Commune/Ville: PARIS

Conciliation

Médecin en charge de la conciliation: LEGENDRE, Pharmacien en charge de la conciliation/Anamnèse: SKALAFOURS

Imprimer: Anamnèse, Conciliation, Sortie patient, Sortie CRH

Publier: Anamnèse, Conciliation, Sortie patient, Sortie CRH

Enregistrer, Excel, Quitter



OCTM 1.34.xls [Mode de compatibilité] - Microsoft Excel

Groupement Hospitalier Paris Saint-Joseph
185, rue Raymond Losserand
75674 Paris cedex 14
Tel : 01 44 12 33 33
Fax général : 01 44 12 33 32

ANAMNESE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

M. DUPONT gerard
Né(e) le 12/10/1955
16 rue du cygne
75001, PARIS
Hospitalisation du 10/12/2014

Le 20/01/2015

Le bilan médicamenteux suivant a été réalisé durant l'hospitalisation du 10/12/2014 au Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph de M. DUPONT gerard Née(e) le 12/10/1955. La liste des traitements médicamenteux pris avant l'admission du patient a été élaborée à partir de différentes sources et est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Docteur LEGENDRE (médecin) Docteur SKALAFOURS (pharmacien)
DR Pharmacie 2123106 - 4102 - 1087 rue N. Beaumarchais structure, Paris 13ème, 801 copies de médicaments, 1073 Médicaments
DR Asses-anamnèse, CRH, DR ordonnance

Traitements médicamenteux	Plan de prise	Source
PARACETAMOL 500 mg. cp.	1110	CRH OFF ORD
METFORMINE 1 g. cp. pelliculé	1110	OFF ORD
ALLOPURINOL 100 mg. cp.	1000	CRH MT ORD
CITALOPRAM 20 mg. cp. pelliculé séc.	1000	CRH OFF

1

2ème Module: Conciliation d'entrée

Traitement prescrit durant l'hospitalisation

1110	Bilan	Modif. non documentée	PARACETAMOL 1 g, cp. effervescent
1110	Bilan	Poursuivi	METFORMINE 1 g, cp. pelliculé
1000	Bilan	Arrêt non documenté	
1000	Bilan	Poursuivi	CITALOPRAM 20 mg, cp. pelliculé séc.
	Bilan		

Bilan

Nature de la divergence
 Intentionnelle Non intentionnelle

Eléments d'information/documentation de la divergence
Reprise du traitement à l'issue de l'intervention pharmaceutique

Commentaires

Conciliation
Médecin en charge de la conciliation
LEGENDRE
Pharmacien en charge de la conciliation/Anamnèse

Imprimer
Anamnèse
Conciliation

Publier
Anamnèse
Conciliation

T Gerard
: 12/10/1955
rtion effectuée le 11/12/2014
sable de l'anamnèse: SKALAFOURIS

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux

ANAMNESE MEDICAMENTEUSE		Statut	PRESCRIPTION HOSPITALIERE		Bilan	CONCILIATION MEDICAMEN Documentation/Information
Itemement médicamenteux	Posologie		Traitement médicamenteux	Posologie		
PARACETAMOL 500 mg, cp.	1110	Modif. non documentée	PARACETAMOL 1 g, cp. effervescent	1110	DNI	Reprise du traitement à l'issue de l'intervention pharmaceutique
METFORMINE 1 g, cp. pelliculé	1110	Poursuivi	METFORMINE 1 g, cp. pelliculé	1110	Correct	
ALLOPURINOL 100 mg, cp.	1000	Arrêt non documenté			DI	
CITALOPRAM 20 mg, cp. pelliculé séc.	1000	Poursuivi	CITALOPRAM 20 mg, cp. pelliculé séc.	1000	Correct	

3^{ème} module: Conciliation de sortie

Cher confrère,

Voter patient(e) Mme T. A Né(e) le JJ/MM/AAAA, a été hospitalisé au Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph. Nous avons établi la liste des médicaments pris en routine à domicile avant hospitalisation. Vous trouverez la liste des traitements à poursuivre à l'issue du bilan réalisé au décours de l'hospitalisation ainsi que d'éventuels compléments d'information.

Docteur LEGENDRE (médecin)

Docteur SKALAFOURIS (pharmacien)

Avant hospitalisation			Après hospitalisation		
Traitement	Plan de prise	Etat lors de l'hospitalisation	Traitement	Plan de prise	Commentaire
SERESTA 50 mg, cp. séc.	0 0 0,5	Modifié	SERESTA 10 mg, cp.	00 1	Le traitement a été modifié: Diminution posologique (sevrage)
MIANSERINE 60 mg, cp. pelliculé séc.	0 0 1	Maintenu	MIANSERINE 60 mg, cp. pelliculé séc.	00 1	Traitement non modifié durant l'hospitalisation

Bilan de la mise en œuvre

Caractéristique des patients conciliés n = 70	
Âge moyen	87 ans
Sexe ratio (H/F)	19/43
Admissions non programmées	68 %
Nombre de médicaments /patient	9
Nombre de patients conciliés à l'entrée	62 (89 %)
Nombre de patients conciliés à la sortie	38 (61%)
Délais de conciliation < 24 heures	44 (71%)

Les sources d'informations exploitées

Source d'information	Nombre de patients concernés
Pharmacie d'officine	51
Ordonnance du patient présente dans le dossier	32
Lettre du médecin traitant	20
Compte rendu d'hospitalisation antérieurs	10
Entretien la famille ou l'aidant	11
Appel de L'EHPAD	4

Dossier pharmaceutique: non consulté

Procédure du service = carte vital au coffre ou remise à la famille à l'admission

Moyen employé pour identifier la pharmacie d'officine

Moyen employés pour identifier la pharmacie d'officine

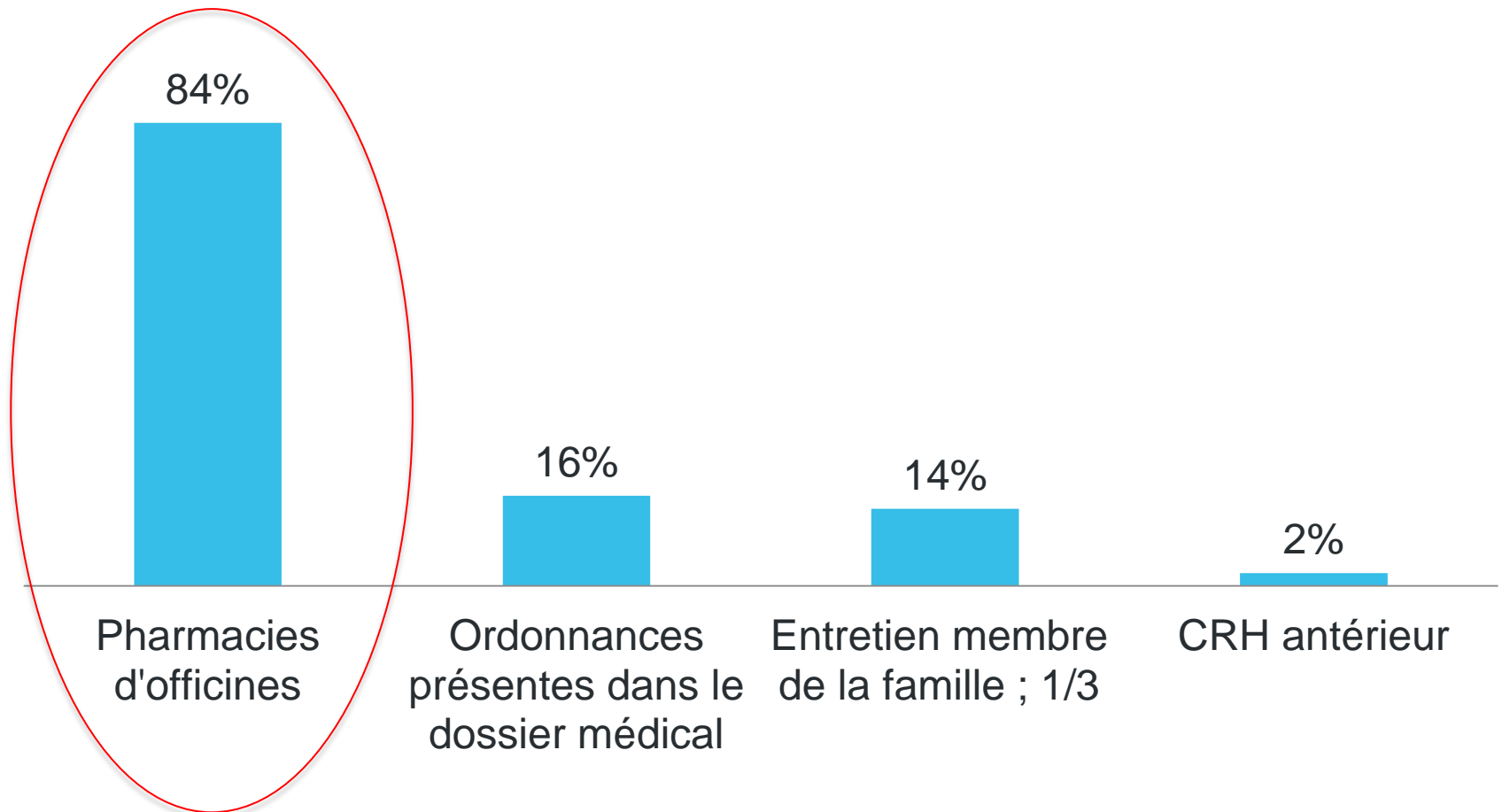
ordonnance	39 %
Famille	20 %
Patient	15 %
Géolocalisation	14 %
Aidant	12 %

➤ 82 % des patients ont une pharmacie référente

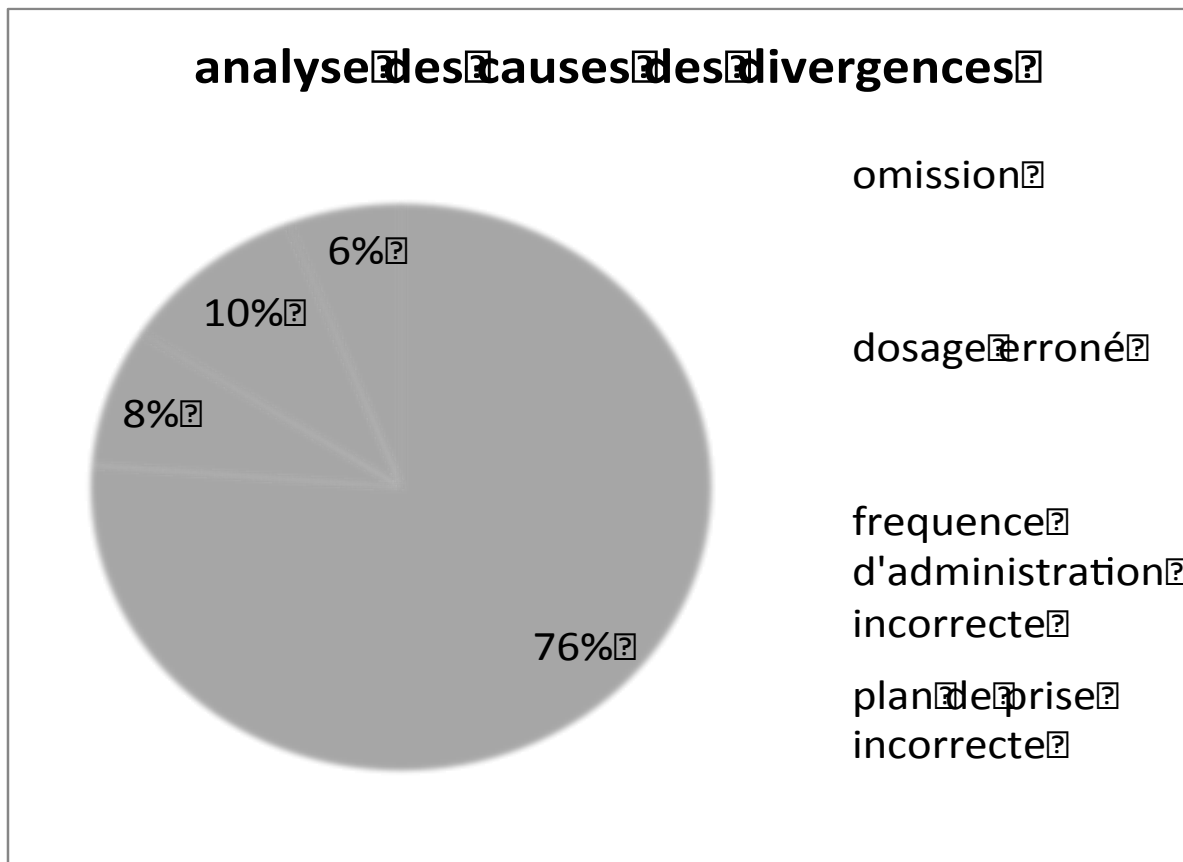
Résultats: Bilan de la conciliation d'entrée

- 25 % des divergences identifiées étaient non intentionnelles
- 1,66 divergences non intentionnelles /patient concilié
- Au moins 1 divergence non intentionnelle pour 69 % des patients (2,4 DNI en moyenne pour ces patients)

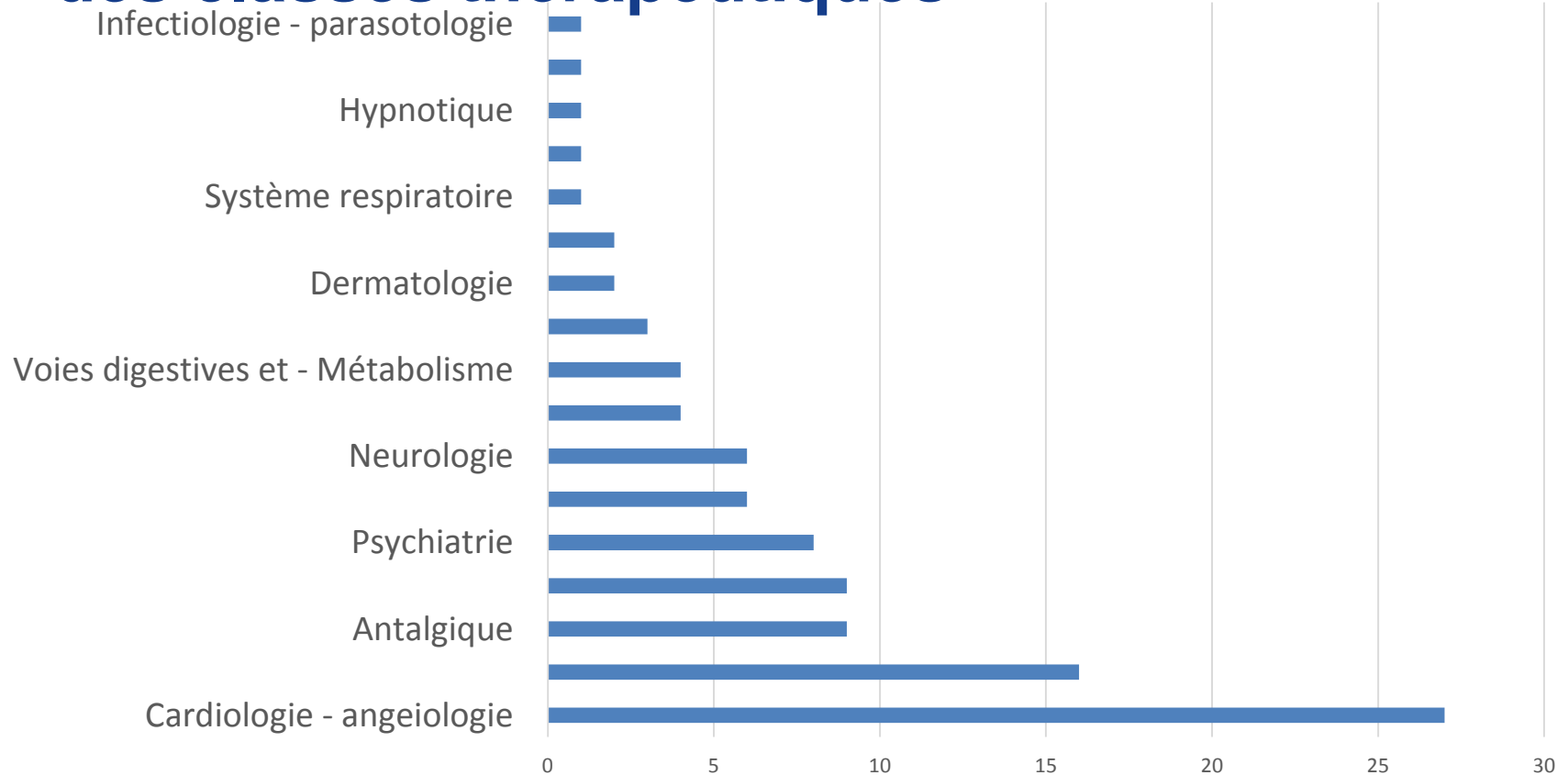
Contribution des sources d'informations dans l'identification des erreurs médicamenteuses



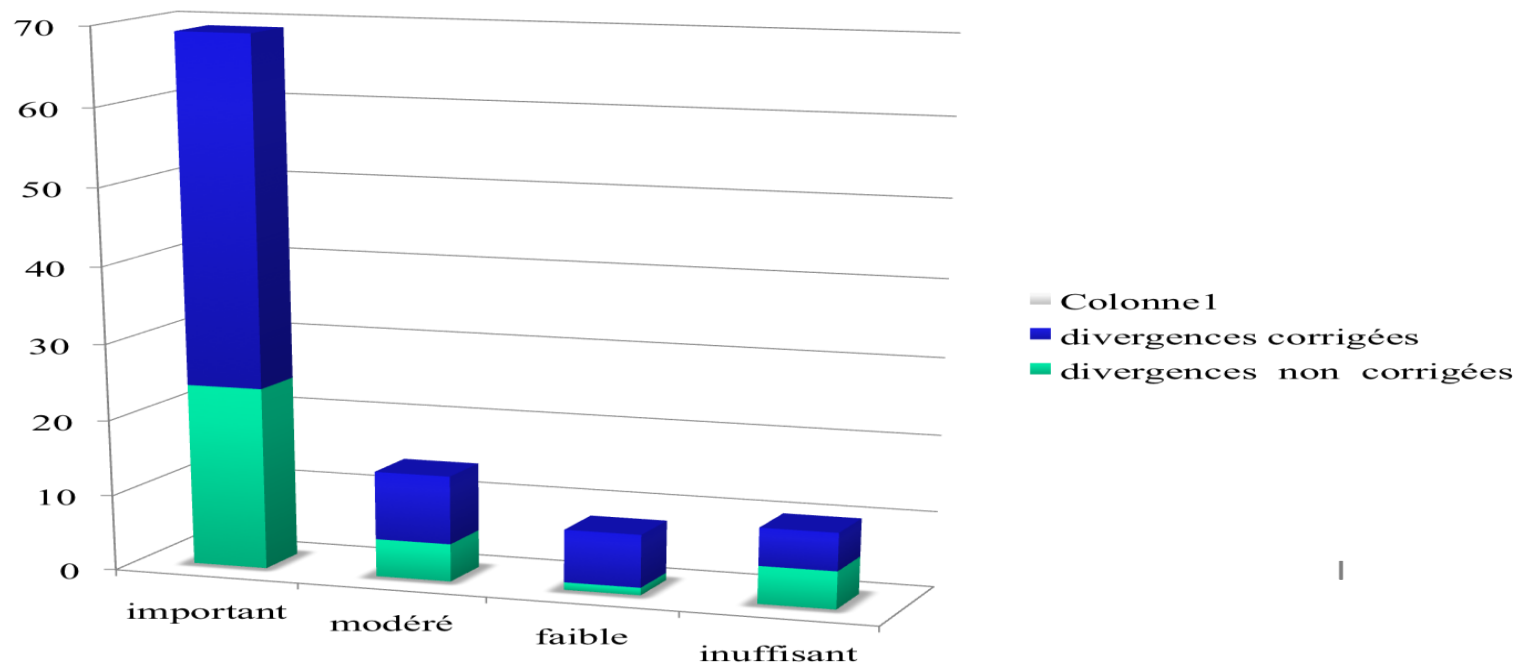
Répartition des causes des Divergences non intentionnelles



Divergences non intentionnelles en fonctions des classes thérapeutiques



Divergences en fonction du service médical rendu



Correction de 55% des divergences intentionnelles après notification aux prescripteurs

Résultats: bilan de la Conciliation de sortie

- Nb de patients conciliés à l'admission ayant bénéficié d'une conciliation de sortie >38 (61%)
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une CTM de sortie/ Nombre de patients sortis en fin d'étude: 78%
- Transmission des informations > courrier de conciliation de sortie:
 - ▶ Intégré à la suite su CRH
 - ▶ remis au patient à la sortie
 - ▶ envoyé au médecin traitant
 - ▶ Envoyé à la pharmacie d'officine



Evaluation en cours

3

Discussion et Perspectives

Conciliation en gériatrie: Quels atouts ?

■ La fidélité des personnes âgées à leur pharmacien d'officine

- ▶ Rôle central dans la transmission des informations

■ La pratique gériatrique qui facilite la mise en œuvre de la conciliation:

- ▶ Culture de revue du traitement
- ▶ Démarche de coordination avec les professionnels de ville déjà développée

■ La CMT comme point de départ pour développer une concertation médico-pharmaceutique à l'interface ville-hôpital qui devrait être efficiente pour améliorer l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse :

- ▶ Optimisation de l'analyse pharmaceutique
- ▶ Optimisation de la démarche de revue du traitement en cours d'hospitalisation
- ▶ Optimisation de la surveillance et de l'éducation thérapeutique du patient

- ▶ Optimisation de la continuité du traitement à long terme

24

Conciliation en gériatrie: quelles difficultés ?

- **Communication avec les patients (défaillance d'organe, troubles cognitifs, patients non communicants...)**
 - ▶ Entretien souvent peu informatif si absence de l'aidant
 - ▶ Difficulté d'identification de la pharmacie d'officine

- **Accès limité au Dossier Pharmaceutique**

- **Temps dédié à la conciliation par le pharmacien: non chiffré dans notre étude mais estimé entre 60 et 70 minutes/patients selon les données d'autres études en gériatrie (*Dufay 2011, Boissinot,2014*)**

- **Délais entre l'admission et la conciliation d'entrée**
 - ▶ risque de conséquences des erreurs non identifiées dans les premières 24 heures
 - ▶ Intérêt de la conciliation proactive

Perspectives

■ Déploiement de la conciliation à l'hôpital Léopold Bellan

- ▶ 46 lits de courts séjour gériatrique
- ▶ 6 entrants par jour en moyenne
- ▶ 1 interne en pharmacie

■ Projets d'amélioration :

- ▶ Mise en œuvre de la conciliation d'entrée proactive
- ▶ Organiser la consultation du DP
- ▶ Intégration des questionnaires de saisie des informations au dossier informatisé

4

Conclusion

Conclusion:

- **Efficacité de la mise en œuvre de la conciliation des traitement en gériatrie: Identification de plus d'une erreur /patient concilié (majoritairement des omissions de traitements avec SMR important)**
- **Impact important sur la sécurité du patient: correction des erreurs par le prescripteur dans la majorité des cas**
- **Rôle centrale de la pharmacie d'officine dans la détection des erreurs**
- **Nécessité de développer des outils informatiques spécifiques**