

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

La **conciliation des traitements médicamenteux** (ou **conciliation médicamenteuse**) est une démarche de **prévention** et d'**interception** des **erreurs médicamenteuses** qui repose sur la **transmission** et le **partage des informations complètes et exactes** des traitements du patient **entre les professionnels de santé à tous les points de transition**. (HAS -2018)
Elle exige une collecte d'**informations fiable et rigoureuse**. Chaque professionnel doit s'approprier les supports mis à disposition afin de garantir une **traçabilité homogène et de qualité**.

L'OMEDIT Île-de-France met à disposition cet outil au format Excel. Des solutions intégrées au système d'information (logiciel d'aide à la prescription, DPI) peuvent également exister : si votre établissement en dispose, les privilégier.
Cet outil permet de réaliser le bilan médicamenteux (BM) et la conciliation médicamenteuse (CM), à l'entrée et à la sortie. Il ne couvre pas le bilan de médication, qui est une activité distincte. Les formulaires proposés (bilan médicamenteux, conciliation d'entrée, conciliation de sortie) structurent la démarche, guident la recherche d'informations et organisent la prise de notes. Ils servent à la fois d'outil de recueil exhaustif, intégrable au dossier du patient, et d'aide au recueil des traitements sur le terrain (support de prise de notes).
Le fichier centralise l'ensemble des supports nécessaires. Des versions Word individuelles sont également disponibles pour faciliter le remplissage lorsque cela est plus adapté.

Comment fonctionne l'automatisation de cet outil ?

- Le bilan médicamenteux est le socle : tout ce qui y est saisi peut alimenter automatiquement les fiches de conciliation.
- Pour chaque ligne de médicament, la source sélectionnée dans la colonne "Médicament à reporter : choisir la source" détermine la donnée reportée dans les fiches.
- Les onglets Excel alimentés automatiquement sont : Fiche CM entrée proactive, Fiche CM entrée rétroactive et Fiche CM sortie.
- Sélectionner "Ne pas inclure" sur une ligne exclut ce médicament des fiches de conciliation (exemple : amoxicilline arrêtée avant l'admission et non prescrite).
- Dans la Fiche CM entrée rétroactive, la colonne "Existence d'une divergence" se calcule automatiquement par comparaison entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance d'hospitalisation saisie.

Deux choses distinctes à ne pas confondre :

- **Fiabiliser le bilan (démarche clinique, recommandation HAS)** : croiser au minimum trois sources concordantes pour chaque ligne. C'est cette confrontation qui garantit l'exactitude du bilan médicamenteux.
- **Choisir la source à reporter (mécanisme de l'outil Excel)** : une fois le bilan fiabilisé, sélectionner pour chaque ligne la source la plus complète et fiable dans le menu déroulant. L'outil recopie automatiquement cette source dans les fiches de conciliation. Cette sélection ne remplace pas le croisement des sources : elle intervient après.

Sources incomplètes :

Si aucune source n'est complète à elle seule, reporter la source la plus complète via le menu déroulant, puis compléter ou corriger directement les cellules des fiches de conciliation. Les cellules ne sont pas verrouillées : vous gardez la main à tout moment. Toute modification manuelle dans une fiche remplace la valeur reportée automatiquement.

BILAN MÉDICAMENTEUX - Fiche de recueil des informations par sources

Objectif

Établir une liste complète, exacte et datée des traitements du patient avant admission, transfert ou sortie. Le croisement systématique des sources **sécurise la prise en charge et prévient les erreurs médicamenteuses**. Ce bilan constitue le socle de l'outil : les informations saisies ici alimentent automatiquement les fiches de conciliation.

1. Préparer l'entretien et remplir l'en-tête

- Remplir l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, IPP). Si vous imprimez le document, vous pouvez coller l'étiquette patient au niveau de ces cases pour éviter la retranscription (identitovigilance).
- Compléter les informations administratives disponibles (service, chambre, date d'admission, motif d'hospitalisation).
- Renseigner les informations cliniques connues avant l'entretien (allergies, médecin traitant, pharmacie d'officine), à confirmer avec le patient.
- Consulter le dossier patient et les documents à disposition (lettre de liaison, ordonnances, traitement de sortie antérieur).

2. Interroger le patient et son entourage, et exploiter toutes les sources disponibles

- Questionner le patient (ou l'aidant) sur tous les médicaments pris, prescrits ou non, y compris ponctuels ou "si besoin".
- Utiliser le pense-bête en haut à droite de la fiche (patches, collyres, inhalateurs, injections, crèmes, automédication, phytothérapie) comme aide-mémoire, puis reporter les médicaments correspondants dans le tableau du dessous.
- Demander les ordonnances apportées par le patient et les saisir comme une source à part entière.
- Demander les médicaments rapportés par le patient lors de l'hospitalisation et les saisir comme une source à part entière.
- Récupérer la carte Vitale pour accéder au Dossier Pharmaceutique et renseigner les cases dédiées "Carte Vitale" et "Dossier Pharmaceutique" de l'en-tête.
- Ne pas hésiter à noter dans la case « commentaires » les questions du patient et/ou réponses apportées.

3. Confronter les sources documentaires

- Consulter le DP, le DMP, la lettre de liaison, le dossier de l'EHPAD ou de la structure d'origine.
- Contacter le pharmacien d'officine (traitements délivrés, dates de dispensation, ordonnances).
- Contacter si opportun l'IDE à domicile, l'établissement d'origine, le médecin traitant ou le médecin spécialiste.

4. Recueillir et tracer chaque source dans une colonne dédiée

- Dater le recueil sur la ligne "Information datée du" (date de l'ordonnance ou de la dernière dispensation).
- Sélectionner la source via le menu déroulant en tête de bloc (patient, aidant, officine, etc.).
- Préciser si besoin dans la ligne "Informations complémentaires sur la source" (exemples : médecin spécialiste => cardiologue ; aidant => fille du patient)
- Reporter chaque médicament dans le tableau : dénomination (DCI +/- nom commercial si utile : biosimilaire, marge thérapeutique étroite), forme galénique, posologie (dose, unité, voie) et rythme (matin, midi, soir, nuit).
- Classer si possible les médicaments par pathologie ou classe ATC pour faciliter l'analyse (par exemple débiter par les antithrombotiques).

5. Analyser et détecter les écarts

- Mobiliser au minimum trois sources, incluant le patient ou son aidant. Par ailleurs, tout bilan médicamenteux antérieur peut être considéré comme une source ; rester vigilant à toute modification du traitement survenue depuis.
- Vérifier la robustesse de chaque ligne : la HAS considère comme sûre une ligne appuyée par au moins trois sources concordantes ; à défaut, rechercher des sources complémentaires.
- Identifier les discordances entre sources (dose, voie, fréquence, traitement absent ou ajouté).

6. Choisir la source à conserver (étape clé du report automatique)

- Sélectionner, pour chaque ligne de médicament, la source retenue comme fiable dans la colonne "Médicament à reporter : choisir la source".
- Cette sélection commande le remplissage automatique des fiches de conciliation : la donnée de la source choisie y est reportée.
- Sélectionner "Ne pas inclure" pour exclure ce médicament des fiches de conciliation (exemple : amoxicilline arrêtée avant l'admission et non prescrite).
- Choisir la source à reporter n'est pas la même chose que fiabiliser le bilan : la règle des trois sources (étape 5) porte sur la qualité du bilan ; le choix de la source ci-dessus ne sert qu'au report automatique dans les fiches.

7. Valider et tracer

- Dater et signer le recueil (nom, prénom, fonction).
- Faire valider si possible la liste finale par le pharmacien ou le prescripteur, puis dater et signer la validation.
- Conserver la fiche dans le dossier patient informatisé.

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE PROACTIVE

Le bilan médicamenteux est transmis au prescripteur avant la rédaction de la première ordonnance d'admission.

Objectif

Mettre à disposition du prescripteur, avant qu'il ne rédige la première prescription hospitalière, une liste exhaustive et validée des traitements du patient, afin de **prévenir en amont** les divergences non intentionnelles.

1. Remplir l'en-tête à partir du bilan médicamenteux

- Si vous avez rempli le bilan médicamenteux, l'entête se remplira partiellement. Ne pas oublier de remplir la date de la conciliation.
- Sinon, remplir l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, IPP). Si vous imprimez le document, vous pouvez coller l'étiquette patient au niveau de ces cases (identitovigilance).
- Compléter les informations administratives (service, chambre, date d'admission, motif) et cliniques (allergies, médecin traitant, pharmacie d'officine).
- Vérifier que le processus est bien identifié comme "Proactif".

2. Vérifier le bilan médicamenteux reporté

- Si vous avez rempli le bilan médicamenteux, les colonnes du "bilan médicamenteux" se remplissent automatiquement à partir des sources retenues dans le bilan : pour chaque médicament, dénomination (DCI +/- nom commercial), forme, voie et posologie.
- Contrôler la cohérence des lignes reportées.
- La colonne commentaire n'est pas automatisée : la compléter si nécessaire (ex. précisions de suivi, cible thérapeutique, observance, etc).

3. Transmettre au prescripteur

- Valider la conciliation médicamenteuse proactive avec le pharmacien (ou le prescripteur le cas échéant)
- Transmettre le bilan validé au prescripteur pour qu'il rédige la première ordonnance d'admission en s'appuyant sur cette liste.
- En conciliation proactive, il n'y a pas d'analyse de divergence ni de statut DI/DNI : l'intervention a lieu en amont de la prescription.

4. Tracer

- Signature du pharmacien (et du prescripteur le cas échéant).
- Dater le recueil et conserver la fiche dans le dossier patient informatisé.

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE RÉTROACTIVE

Le bilan médicamenteux est comparé à l'ordonnance d'hospitalisation déjà rédigée.

Objectif

Comparer la liste des traitements du patient (bilan médicamenteux) à l'ordonnance d'hospitalisation déjà rédigée, afin de détecter et **corriger les divergences** (omissions, erreurs) après l'admission.

1. Remplir l'en-tête à partir du bilan médicamenteux

- Si vous avez rempli le bilan médicamenteux, l'entête se remplira partiellement. Ne pas oublier de remplir la date de la conciliation.
- Sinon, remplir l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, IPP). Si vous imprimez le document, vous pouvez coller l'étiquette patient (identitovigilance).
- Compléter les informations administratives et cliniques.
- Vérifier que le processus est bien identifié comme "Rétroactif".

2. Vérifier le bilan et saisir l'ordonnance

- Si vous avez rempli le bilan médicamenteux, le tableau "Bilan médicamenteux" se remplit automatiquement à partir des sources retenues.
- La colonne commentaire n'est pas automatisée : la compléter si nécessaire (ex. précisions de suivi, cible thérapeutique, observance, etc).
- Saisir dans la colonne "Ordonnance du ..." l'ordonnance d'hospitalisation, avec sa date, et pour chaque médicament : dénomination, forme, voie et posologie.
- Indiquer le statut de chaque médicament (AJ : ajout, AR : arrêt, E : équivalent, M : modifié, P : poursuivi, S : suspendu).

3. Analyser les divergences

- La colonne "Existence d'une divergence" se calcule automatiquement (Oui/Non) par comparaison entre les colonnes du bilan et de l'ordonnance. De plus, si absence de divergence, la colonne statut passe en vert.
- Pour chaque divergence, échanger avec le prescripteur pour déterminer si elle est intentionnelle (décision clinique volontaire) ou non (omission, erreur de transcription, discordance non documentée, etc).
- Noter "DI" (divergence intentionnelle) ou "DNI" (divergence non intentionnelle) dans la colonne dédiée.
- Renseigner la " Décision médicale pour les DNI" (acceptée ou refusée) et les "Commentaires" associés.

4. Sources d'information

- Le bloc "Sources d'information consultées" se remplit automatiquement à partir des sources renseignées dans le bilan médicamenteux. Saisie manuelle nécessaire si le bilan médicamenteux n'a pas été rempli préalablement.

5. Valider et tracer

- Signature du pharmacien et du prescripteur.
- Dater le recueil, conserver la fiche dans le dossier patient informatisé, et joindre la version validée au dossier.

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE DE SORTIE OU DE TRANSFERT

Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie.

Objectif

Comparer le traitement prescrit à la sortie avec le bilan médicamenteux initial (ou le traitement avant hospitalisation) et tracer l'ensemble des modifications, afin de **sécuriser la continuité des soins**.

1. Remplir l'en-tête à partir du bilan médicamenteux

- Si vous avez rempli le bilan médicamenteux, l'entête se remplira partiellement. Ne pas oublier de remplir la date de la conciliation de sortie.
- Sinon, remplir l'identité du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, IPP). Si vous imprimez le document, vous pouvez coller l'étiquette patient (identitovigilance).
- Compléter les informations administratives (date et motif d'hospitalisation, médecin hospitalier avec service et téléphone, pharmacien hospitalier avec téléphone).
- Renseigner le médecin traitant, la pharmacie d'officine et les autres contacts utiles.

2. Traitement avant hospitalisation / bilan médicamenteux

- Sélectionner la source utilisée pour cette conciliation de sortie (traitement médicamenteux d'entrée, bilan médicamenteux, conciliation médicamenteuse d'entrée proactive ou rétroactive, bilan partagé de médication, autre). Le tableau se remplit automatiquement, en cas d'utilisation du bilan médicamenteux d'entrée, de la conciliation médicamenteuse d'entrée proactive / rétroactive, pour chaque médicament : dénomination, forme, voie et posologie. Si vous le souhaitez, vous pouvez supprimer les formules et remplir directement le tableau (en cas de conciliation faite à partir d'un bilan partagé de médication par exemple).
- Compléter la date de la conciliation de sortie.

3. Compléter le traitement de sortie

- Reporter tous les médicaments que le patient doit prendre après sa sortie : traitements poursuivis (modifiés ou non) et nouveaux traitements.
- Indiquer la date de rédaction de la prescription de sortie.

4. Déterminer le devenir de chaque médicament

- Si absence de changement, la colonne statut passe en vert.
- Pour chaque ligne, indiquer le devenir à la sortie : ajout (AJ), arrêt (AR), équivalent (E), modifié (M, inclut changement de DCI, forme, posologie, substitution, adaptation), poursuivi (P), suspendu (S).

5. Renseigner les commentaires

- Préciser le motif des adaptations (optimisation, contre-indication, effet indésirable, protocole, arrêt définitif).
- Indiquer la cible thérapeutique et la surveillance recommandée si utile (INR, kaliémie, créatininémie, PA, glycémie).
- Préciser les durées de traitement lorsque nécessaire (antibiothérapie, corticothérapie, anticoagulation).

6. Valider et tracer

Glossaire :

BM : Bilan médicamenteux. Liste complète, exacte et datée des traitements du patient, établie par croisement des sources.

CM : Conciliation médicamenteuse. Démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins (HAS, 2018).

DCI : Dénomination Commune Internationale. Nom scientifique international d'une substance active, indépendant des noms commerciaux.

DI : Divergence intentionnelle. Écart entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance résultant d'une décision clinique volontaire du prescripteur.

DNI : Divergence non intentionnelle. Écart non voulu (omission, erreur de transcription, discordance non documentée) à revoir avec le prescripteur.

DP : Dossier Pharmaceutique. Historique des médicaments délivrés en officine, accessible via la carte Vitale.

DMP : Dossier Médical Partagé. Carnet de santé numérique du patient regroupant ses données de santé.

DPI : Dossier Patient Informatisé. Système d'information hospitalier centralisant le dossier du patient.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

FCT : Fiche de Conciliation des Traitements. Nom du support HAS pour la conciliation médicamenteuse à l'admission.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IDE : Infirmier Diplômé d'État.

IPP : Identifiant Permanent du Patient. Numéro unique attribué au patient dans l'établissement.

Classe ATC : Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique. Système de classement des médicaments selon l'organe cible et les propriétés thérapeutiques.

Statuts (AJ, AR, E, M, P, S) : Ajout, Arrêt, Équivalent, Modifié, Poursuivi, Suspendu. Devenir d'un médicament entre deux points de transition.