

# WEBINAIRE PHARMACIE CLINIQUE

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ●▶

Partages d'expériences : les méthodologies en pratique



## DÉPLOIEMENT DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

*Comment mettre en œuvre des bilans de médication à moyens humains constants ?*

Nom de l'intervenant : Dr Emeline Pineau-Blondel

*Pour l'équipe de pharmacie clinique*





## Préambule

- Formation :
  - Pharmaciens cliniciens : cursus internat, formation initiale aux outils, formation continue (staffs)
  - PPH : création CHANGE de formations théorique et pratique avec mise en situation, sur la base du volontariat
  - Médecins : formation semestrielle sur le bilan médicamenteux précis
- Validation des différentes méthodologies :
  - COPIL pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens)
  - CME
  - COPIL « ville-hôpital » : recueil historique via messagerie sécurisée MonSisra
- Evaluations régulières pour adaptation méthodologique :
  - quantitative
  - retour des équipes médicales
- Point terminologie : BILAN MEDICATION (BIMED) =
  - Bilan médicamenteux (historique médicamenteux, 3 sources)
  - Conciliation des traitements médicamenteux (identification divergences intentionnelles ou non intentionnelles entre le bilan médicamenteux et la 1ère ordonnance d'hospitalisation)
  - Expertise pharmaceutique pour analyse de l'ordonnance et optimisations thérapeutiques



# 2015 : cibler par US les patients bénéficiant du BIMED





**Cibler les patients bénéficiant de la conciliation médicamenteuse: la méthode Delphi auprès des cliniciens**

N°455



Enguix A.(1); Pineau-Blondel E.(1); Dobremez V.(1); Zecchini C.(1); Barny M.(1); Duval S.(1); Betegnè A-L.(1); Lotito A.(1); Guerin F.(1)  
(1) Pharmacie, Centre Hospitalier Anancy Genevois, Anancy

### Contexte

Déploiement de la **conciliation médicamenteuse (CM)** dans l'établissement => **cibler les patients** à fort risque d'erreur médicamenteuse (EM)

**Objectif:** Etablir une liste limitée de critères de sélections de patients à concilier **adaptée à chaque service de soin**

### Résultats

Ont participé:

- **5 services de soins** soit 63% des services bénéficiant de la CM par les pharmaciens cliniciens
- **21 médecins** soit 75% du staff médical en moyenne par service

### Méthode: La méthode DELPHI

**Définition:** Outils validé, destiné à obtenir un consensus d'experts via une démarche de consultations itératives

[Texte] Élaboration d'une liste exhaustive de critères de sélection de patients à risque d'EM

**Tour n°1**

Sélection des critères les plus pertinents

*Par les cliniciens, anonymement et individuellement*

[Texte] Mutualisation des réponses pour générer le second et dernier questionnaire

**Tour n°2**

Sélection des critères les plus pertinents associés à un ordre de priorité

[Texte] Liste finale de critères organisés par priorité (maximum 6)

3 critères apparaissent pour tous les services (en gras) avec une priorité consensuelle pour celui relatif à la polymédication

Service de soins (participant)	ONCOLOGIE (3)	NEUROLOGIE (8)	HEPATO-GASTRO (2)	MALADIE INFECTIEUSE (4)	UNITE POST URGENCES (4)
<p>Critères de sélection de patients à risque d'EM retenus par ordre de priorité (* ex aequo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• polymédication &gt;ou = 5 traitements</li> <li>• sujet à une iatrogénie médicamenteuse</li> <li>• <b>IR et/ou IH</b></li> <li>• suivi par plusieurs médecins</li> <li>• traité par chimiothérapie orale</li> <li>• <b>n'a pas son (ses) ordonnance(s)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• polymédication &gt;ou = 5 traitements*</li> <li>• au moins 3 co-morbidités: BPCO, diabète, PR, <b>crohn</b>, <b>epilepsie</b>, etc.*</li> <li>• Interrogatoire patient impossible (Aphasie ou démence)*</li> <li>• <b>IR et/ou IH</b></li> <li>• <b>n'a pas son (ses) ordonnance(s)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• polymédication &gt;ou = 5 traitements</li> <li>• âgé &gt;65 ans</li> <li>• <b>IR et/ou IH</b></li> <li>• <b>n'a pas son (ses) ordonnance(s)</b></li> <li>• admis par les urgences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• polymédication &gt;ou = 5 traitements</li> <li>• Sujet à une iatrogénie médicamenteuse</li> <li>• <b>IR et/ou IH</b></li> <li>• femme enceinte ou allaitante</li> <li>• <b>n'a pas son (ses) ordonnance(s)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• polymédication &gt;ou = 5 traitements*</li> <li>• <b>n'a pas son (ses) ordonnance(s)*</b></li> <li>• Sujet à une iatrogénie médicamenteuse*</li> <li>• <b>IR et/ou IH</b></li> <li>• suivi par plusieurs <b>medecins</b></li> <li>• âgé &gt;65 ans</li> </ul>

### Discussion-Conclusion

- Succès du projet de **personnalisation la mise en place de la CM** dans l'établissement via une **réflexion structurée, consensuelle et médicale**
- Les critères prévus par le projet MED'REC de l'OMS: patients de plus de 65 ans hospitalisés en court séjour via les urgences, n'apparaissent que pour 2 services de soins

**Perspectives:**

- élargir aux **services de chirurgie**
- **Evaluation de la pertinence** des critères retenus en comparaison des critères recommandés par l'OMS



> 2015 : cibler par US les patients bénéficiant du BIMED

**Cibler les patients bénéficiant de la conciliation médicamenteuse**  
Delphi auprès des cliniciens

Enguix A.(1); Pineau-Blondel E.(1); Dobremez V.(1); Zecchini C.(1); B...  
(1) Pharmacie, Centre Hospitalier Anancy Genevois, Anancy

**Contexte**  
Déploiement

**Discussion-Conclusion**

- Succès du projet de **personnalisation la mise en place de la CM** dans l'établissement via une **réflexion structurée, consensuelle et médicale**
- Les critères prévus par le projet MED'REC de l'OMS: patients de plus de 65 ans hospitalisés en court séjour via les urgences, n'apparaissent que pour 2 services de soins

**Perspectives:**

- élargir aux **services de chirurgie**
- Evaluation de la pertinence** des critères retenus en comparaison des critères recommandés par l'OMS

3 critères apparaissent pour tous les services (en gras) avec une priorité consensuelle pour celui relatif à la polymédication

**Polymédication**

- polymédication >ou = 5 traitements\*
- au moins 3 co-morbidités: BPCO, diabète, PR, crohn, epilepsie, etc.\*
- Interrogatoire patient impossible (Aphasie ou démence)\*
- IR et/ou IH
- n'a pas son (ses) ordonnance(s)

**Polymédication**

- polymédication >ou = 5 traitements
- âgé >65 ans
- IR et/ou IH
- n'a pas son (ses) ordonnance(s)
- admis par les urgences

**Polymédication**

- polymédication >ou = 5 traitements
- Sujet à une iatrogénie médicamenteuse
- IR et/ou IH
- femme enceinte ou allaitante
- n'a pas son (ses) ordonnance(s)

**Polymédication**

- polymédication >ou = 5 traitements\*
- n'a pas son (ses) ordonnance(s)\*
- Sujet à une iatrogénie médicamenteuse\*
- IR et/ou IH
- suivi par plusieurs médecins
- âgé >65 ans

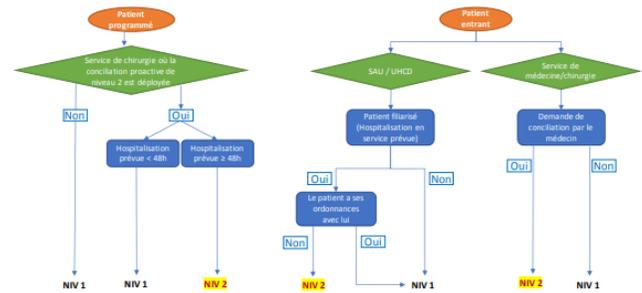
**POST URGENCES (4)**

**- Efficient : si absence de turn over équipes médicale et pharmaceutique, si présence quotidienne du pharmacien dans l'US**

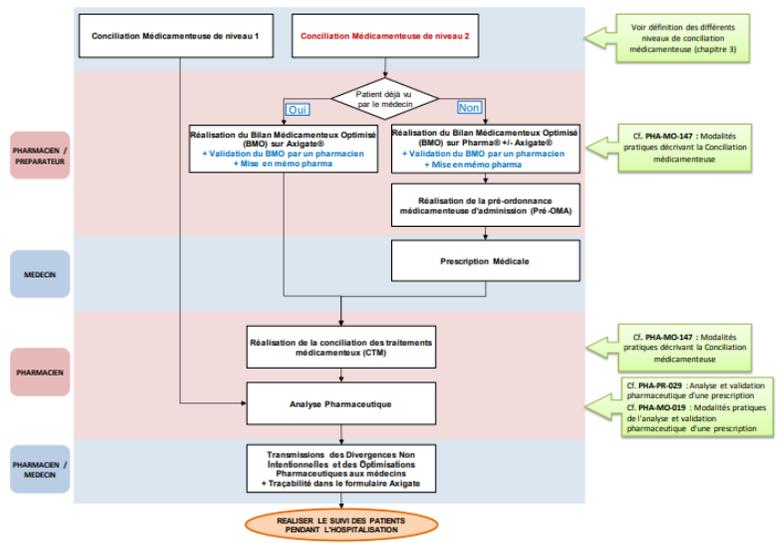
**- Retours terrains : peu de demandes émanant du corps médical, critères a priori trop spécifiques pouvant conduire à une non inclusion de patients à risque d'iatrogénie**



# 2018 : structuration de l'activité selon le profil du patient, son type d'hospitalisation (chirurgie programmée/non programmée, urgence), le niveau d'intervention et l'intervenant

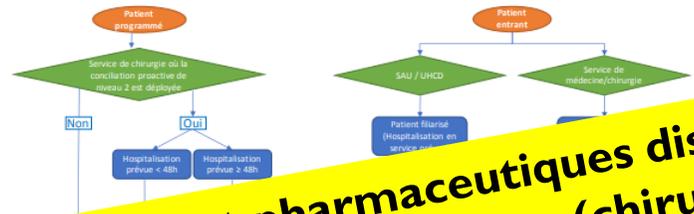


NIV 1 - conciliation médicamenteuse de niveau 1, réalisée uniquement en cas de validation d'ordonnance de niveau 2  
 NIV 2 - conciliation médicamenteuse de niveau 2



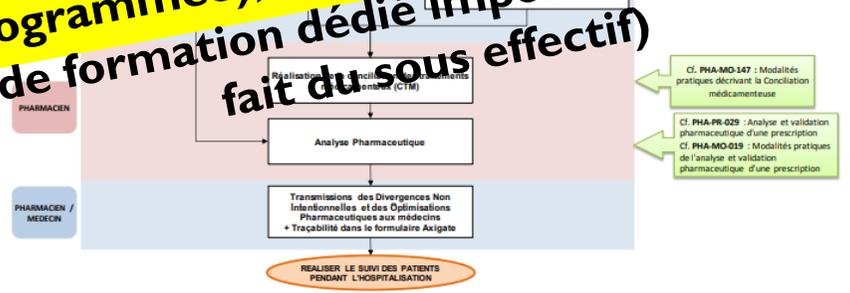


2018 : structuration de l'activité selon le profil du patient, son type d'hospitalisation (chirurgie programmée/non programmée, urgence), le niveau d'intervention et l'intervenant



**- Efficient : si RH médicales et pharmaceutiques disponibles, si rigueur sur l'ensemble du parcours (chirurgie programmée)**

**- Retours terrains : NIV I permet de détecter des erreurs médicamenteuses avec proposition d'optimisations thérapeutiques (mais non valorisables ?) , si parcours de PEC complexe méthodologie difficilement reproductible (ex chir programmée), l seul PPH formé (trop de turn over et temps de formation dédié impossible à programmer du fait du sous effectif)**





## 2023 : BIMED aux urgences (UHCD) (après une 1<sup>ère</sup> démarche identique menée en 2016)

### OU :

Dans le service de l'UHCD du site d'Annecy. Entretien réalisé dans la chambre du patient et rédaction, discussion avec les médecins, appel aux professionnels de santé dans la salle des prescripteurs.

### QUAND :

Le pharmacien était présent dans le service de l'UHCD de 9h50 à 13h 3 demi-journée par semaine (lorsque le planning le permettait). Les professionnels de ville ont été contactés soit le matin, soit l'après-midi lorsque les CM étaient faites après 12h15. En cas d'absence du professionnel de santé, soit ce dernier était contacté le lendemain, soit une approche par mail était réalisée.

### COMMENT :

Supports utilisés pour les entretiens, les communications, la traçabilité de la CM :

- Documents internes au CHANGE
- Messagerie sécurisée MonSisra
- Mails professionnels
- Logiciels PHARMA et AXIGATE



## > 2023 : BIMED aux urgences (UHCD)

Depuis mai 2023, 31 patients de l'UHCD ont été conciliés 19 femmes et 12 hommes avec un âge moyen de 86±9 ans avec une clairance de la créatininémie moyenne de 65mL/min.

Nombre de sources utilisé chez notre population pour la CM d'entrée rétrospective : ≥ 3 sources (100% des cas).

Nombre moyen de traitement par patient : 8.5.

Automédication dans 12% des cas par des plantes ou huiles essentielles (CBD) ou autres médicaments (MAGNEB6).

Nombre total de DNI détectée 71. Nombre de DNI moyenne par patient 2.29.

Tableau IV : nature des DNI de la phase pilote

Nature des DNI	Pourcentage
Omission (Oubli de report du médicament sur l'ordonnance)	80%
Erreur de posologie ou dose	7%
Médicaments non indiqués	7%
Erreur de médicament	2%
Interaction médicamenteuse	2%



## > 2023 : BIMED aux urgences (UHCD)

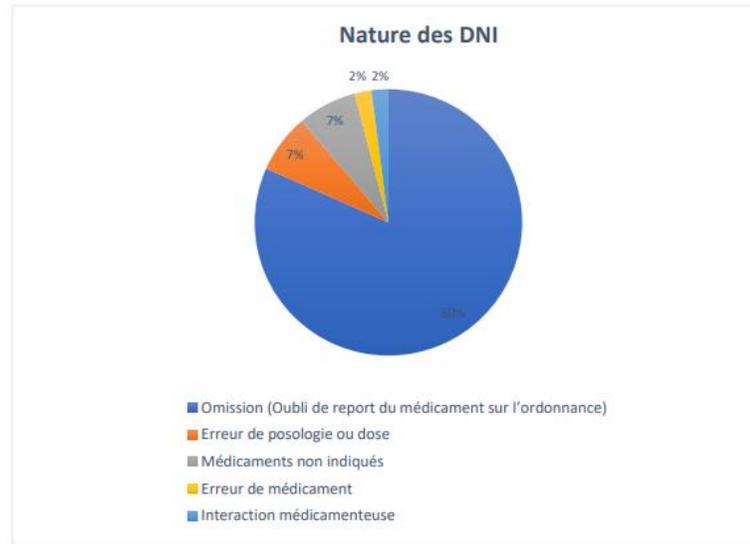


Figure 11 : nature des DNI

### 2.4 Discussion/Conclusion

Nos résultats rapportent que le nombre moyen de DNI par patient est de 2.29 versus 2 par patient dans la littérature. L'omission de traitement et les erreurs de posologie sont les deux principales DNI retrouvés dans notre étude. La conciliation a trouvé un grand intérêt en plus de l'AP réalisée quotidiennement. L'équipe médicale a trouvé son intérêt dans le gain de temps, l'exactitude des informations du fait de la triangulation des sources. Toutefois l'activité de CM a été conduite en plus des activités de pharmacie clinique du pharmacien clinicien, de la formation des internes, des formations MHR des équipes médicales et paramédicales, du traceur ciblé et de la revue de la dotation.



## > 2023 : BIMED aux urgences (UHCD)

- Validation à l'unanimité de l'efficacité de la démarche :
- Projet de déploiement avec mise à disposition de RH pérennes proposé en partenariat avec le chef de pôle des urgences (quid du financement ?)
- Pour gagner en efficacité les demandes de BIMED doivent émaner des médecins eux-mêmes via des demandes d'avis « pharmaceutiques » sur le DPI



Figure 11 : nature des DNI

### 2.4 Discussion/Conclusion

Nos résultats rapportent que le nombre moyen de DNI par patient est de 2.29 versus 2 par patient dans la littérature. L'omission de traitement et les erreurs de posologie sont les deux principales DNI retrouvés dans notre étude. La conciliation a trouvé un grand intérêt en plus de l'AP réalisée quotidiennement. L'équipe médicale a trouvé son intérêt dans le gain de temps, l'exactitude des informations du fait de la triangulation des sources. Toutefois l'activité de CM a été conduite en plus des activités de pharmacie clinique du pharmacien clinicien, de la formation des internes, des formations MHR des équipes médicales et paramédicales, du traceur ciblé et de la revue de la dotation.



# 2023/2024 : demandes de BIMED via une demande d'avis spécifique émanant du médecin

### Comment solliciter les demandes d'intervention de pharmacie clinique ?

#### Via « traitement d'entrée »

#### Via « Demande d'avis »

### Enregistrement de l'avis pharmaceutique dans le DPI

LISTE DES DOCUMENTS MÉDICAUX (CR D'HOSPITALISATION, CONSULTATION, EXAMENS MÉDICAUX, ORDONNANCES, RCP...)

Statut	Partage	Type	Nom du document	Séjour	UF	Auteur	Modifié le	Resp.	Domaine	Spécialité
<input type="checkbox"/>			AVIS PHARMA CONCILIATION MEDIC ENTREE	H 04/10/2022		V. K	03/11/2023 12:32			PHARMACIE

Éléments par page 10 20 50 100 Page 1 Éléments 1 - 1 sur 1

---

#### AVIS SPÉCIALISÉ

Afficher les notes invalidées

**CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE**

Origine de la demande : Médecin

Pharmacie habituelle : Pharmacie lafleure - Seynod

**Gestion du traitement et observance** : Son épouse récupère les traitements à la pharmacie et prépare un pilulier hebdomadaire. L'observance semble correcte en dehors d'oublis ponctuels sur la prise de médicaments du midi.

**Détail historique médicamenteux/conciliation (traitement habituel)** :

- levetiracetam (KEPPRA) 1000mg 1-0-1
- lacosamide (VIMPAT) 100mg 1-0-1
- pasindopril arginine (COVERSYL) 10 mg : 1-0-0
- dapagliflozine (FORXIGA) 10mg 0-1-0

**Automédication** : ibuprofène ponctuellement si céphalées

**Sources** :

- Pharmacie habituelle
- Patient
- Ordonnances du 23/08/2023 (Dr Généraliste) + du 02/10/2023 (Dr Neuro)

**Nombre de divergences non intentionnelles** : 3

**Synthèse des problématiques et propositions d'optimisations pharmaceutiques** :

- Pouvez-vous modifier les divergences suivantes ?
- \* Ce patient n'est plus sous carbamazépine mais sous lacosamide 100mg 1-0-1
- \* Il manque 2 médicaments : le parindopril 10mg et la dapagliflozine 10mg
- Propositions d'optimisations : il serait préférable de déplacer la prise de Forxiga du midi au matin pour favoriser l'observance
- L'ibuprofène est déconseillé chez ce patient insuffisant rénal chronique. Je lui conseille d'éviter les AINS et de préférer le paracétamol en cas de douleurs.
- Ce patient devrait en théorie bénéficier d'un traitement par metformine dans la prise en charge de son diabète de type 2. Celle-ci avait été arrêtée pour intolérance digestive importante. Il est actuellement bien équilibré sous RHD et dapagliflozine.

K. VEROLLET  
PHARMACIE



# 2023/2024 : demandes de BIMED via une demande d'avis spécifique émanant du médecin

**Permet de :**

- Valoriser les demandes (demandes d'avis) et tracer les avis rendus
- Analyser les BIMED en staff
- Demandes émanant des médecins (et soignants) favorisant une prise en compte effective des avis

**Comment solliciter les demandes d'intervention de...**

ANNECY GENEVOIS

Accueil Médication > 78374MVC Delle > Prescription

03/11/2023 12:31 MFC Delle - N° de 03101360 (3 ans, 1)

Edition d'ordonnance

Le patient est dans une étude clinique

Profil: 58 kg, Taille: 170 cm, IMC: 20.1, SC: 0.87, Créatinine: 0.9, Glucose: 0.9

Antécédents: ALLERGIES, FACTEURS DE RISQUE

Pays de Gex

**Enregistrer l'acte pharmaceutique dans le DPI**

Regrouper par

Modifié le 03/11/2023 12:32 Resp. Domaine Spécialité PHARMACIE

1 sur 1

Auteur

Observance : Son épouse récupère les traitements à la pharmacie et prépare un pilulier hebdomadaire. L'observance semble être bonne. Il y a eu quelques oublis ponctuels sur la prise de médicaments du midi.

Détail historique médicamenteux/conclination (traitement habituel):

- levetiracetam (KEPPRA) 1000mg 1-0-1
- lacosamide (WIMPAT) 100mg 1-0-1
- perindopril arginine (COVERSYL) 10 mg : 1-0-0
- dapagliflozine (FORXIGA) 10mg 0-1-0

Automédication : ibuprofène ponctuellement si céphalées

Sources :

- Pharmacie habituelle
- Patient
- Ordonnances du 23/08/2023 (Dr Généraliste) + du 02/10/2023 (Dr Neuro)

Nombre de divergences non intentionnelles : 3

Nature des DNI

Synthèse des problématiques et propositions d'optimisations pharmaceutiques :

- Pouvez-vous modifier les divergences suivantes ?
- \* Ce patient n'est plus sous carbamazépine mais sous lacosamide 100mg 1-0-1
- \* Il manque 2 médicaments : le perindopril 10mg et la dapagliflozine 10mg
- Propositions d'optimisations : il serait préférable de déplacer la prise de Forxiga du midi au matin pour favoriser l'observance
- L'ibuprofène est déconseillé chez ce patient insuffisant rénal chronique. Je lui conseille d'éviter les AINS et de préférer le paracétamol en cas de douleurs
- Ce patient devrait en théorie bénéficier d'un traitement par metformine dans la prise en charge de son diabète de type 2. Celle-ci avait été arrêtée pour intolérance digestive importante. Il est actuellement bien équilibré sous RHD et dapagliflozine.

5 par page 1 1 - 1 sur 1

K. VEROLLET PHARMACIE



## 2023/2024 : BIMED dans un service d'oncologie

- Appel des médecins ou mails
- Extraction de LG
  - Première conciliation le 19/01/24, initiative personnelle suite à l'analyse de l'ordonnance d'un patient, bilan avec l'équipe puis proposition de réaliser des conciliations sur demande médicale
  - 5 bilans réalisés entre le 19/01/24 et le 05/03/24, en moyenne 1.2 DNI
  - Exemple pour un bilan :

### **Synthèse des problématiques et propositions d'optimisations pharmaceutiques:**

Antécédents de cardiologie : Fibrillation auriculaire + HTA + Insuffisance mitrale.

Concernant le traitement de cardiologie, le cardiologue en ville à mis en place le bisoprolol 2.5 mg à la place de l'amiodarone 200 mg en novembre 2023.

Furosémide 20mg 1/2-0-0 à réévaluer, instauré pour des signes d'IC droite en octobre 2023.

Nouveau rendez-vous cardio?

Le patient est demandeur d'un pilulier pour la gestion de son traitement.

Surveillance des signes d'hémorragies Aspegic et Xarelto.



## > 2023/2024 : BIMED dans un service de chirurgie orthopédique

- Via Axigate
- Extraction de KV
  - Lancement de la coche conciliation le 15/01/24 avec présence en service d'orthopédie environ 3 demi-journées par semaine.
  - 14 bilans de médication réalisés entre le 15/01/24 et le 29/02/24 dont 11 présentant au moins 1 DNI avec une moyenne de 2 DNI par patient.
  - Exemple d'EPC suite à une conciliation :

- Il ne prend pas 1 cp de **PREVISCAN** mais un demi par jour le soir (actuellement suspendu en post-op mais à noter pour la reprise)  
- **LEDERFOLINE 25mg** le dimanche à re-prescrire  
- **URBANYL** prescrit en systématique, à mettre plutôt en si besoin comme habituellement  
- Le **CABOMETYX** ne doit pas être repris avant 10j post-op (vu avec son oncologue) soit au minimum le 7 février donc à voir pour la date de reprise en fonction de la cicatrisation (retarde la cicatrisation)  
- Le **SOLUPRED** a récemment été baissé à 20mg/j mais Mr.G se plaint de spasmes dans la main qui peuvent s'apparenter à des crises d'épilepsie partielle dues à ses métastases cérébrales donc à surveiller et majorer la dose de solupred selon symptomatologie après évaluation médicale  
- Du **TRAMADOL** a été prescrit en antidouleurs : abaisse le seuil épiléptogène donc vigilance ++ chez ce patient avec comitialité sur métastases cérébrales, voire préférer petites doses d'actiskenan plutôt que tramadol.