



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
du patient lors de son parcours de soins

Février 2018

Ce guide n'a pas vocation à être opposable.

Il appartient à chaque établissement de santé de s'appropriier les différentes propositions et de les adapter à son organisation.

Ce guide, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé – Service communication - information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en Février 2018.

Sommaire



Liste des abréviations	4
Liste des tableaux, figures et annexes	5
Les modifications suite à actualisation	6
Résumé	7
Préambule	8
Comment utiliser ce guide ?	9
Titre 1. Appréhender	10
1. Le concept de conciliation des traitements médicamenteux	10
2. Les attentes des professionnels de santé	10
3. Les bénéfices attendus pour le patient et son entourage	11
Titre 2. Comprendre	12
1. Le descriptif de la conciliation des traitements médicamenteux	12
2. Ne pas confondre la conciliation des traitements médicamenteux avec	18
3. Ne pas réduire la conciliation des traitements médicamenteux à	20
4. Les mots pour le dire	20
Titre 3. Mettre en œuvre	21
1. Favoriser le lien ville-hôpital autour du patient	21
2. Implanter la conciliation des traitements médicamenteux	23
3. Déployer la conciliation des traitements médicamenteux	29
Titre 4. Concilier en pratique	32
Annexes	33
Annexe 1. Modalités de réalisation du guide	33
Annexe 2. Les expériences qui ont inspiré le guide	36
Annexe 3. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et des erreurs médicamenteuses	39
Annexe 4. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et du recours à l'hospitalisation	42
Lexique	43
Bibliographie sur la conciliation des traitements médicamenteux	46
Principes de la recherche bibliographique	46
Références	46
Participants	52
Remerciements	56

Liste des abréviations

AP-HP	Assistance publique Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CREX	Comité de retour d'expérience
CTM	Conciliation des traitements médicamenteux
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES	Établissement de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JORF	Journal officiel de la République française
Med'Rec	<i>Medication Reconciliation</i>
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS	Organisation mondiale de la santé
REMED	Revue des erreurs médicamenteuses liées aux médicaments et dispositifs médicaux
RMM	Revue de morbidité-mortalité
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableau 1. Les 4 séquences de la conciliation des traitements médicamenteux.....	14
Tableau 2. Les termes associés à la conciliation des traitements médicamenteux.....	20
Tableau 3. Les freins et les leviers de la conciliation des traitements médicamenteux.....	28
Tableau 4. Les outils de la conciliation des traitements médicamenteux.....	30
Tableau 5. Les différentes mises en situation.....	32
Tableau 6. Calendrier du projet « guide de la conciliation des traitements médicamenteux »	33
Tableau 7. Calendrier des réunions du groupe de travail	34
Tableau 8. Liste des thèmes traités dans les formulaires d'enquête.....	35
Tableau 9. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature	40
Tableau 10. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité	41
Figure 1. Quatre titres pour structurer le guide	9
Figure 2. La conciliation des traitements médicamenteux proactive	17
Figure 3. La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive	17
Figure 4. L'expression des événements indésirables lors de la prise en charge du patient.....	39
Annexe 1. Modalités de réalisation du guide	33
Annexe 2. Les expériences qui ont inspiré le guide	36
Annexe 3. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et des erreurs médicamenteuses	39
Annexe 4. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et du recours à l'hospitalisation.....	42

Les modifications suite à actualisation



Pages	Nature de la modification	Niveau/contenu de la modification
P. 1	Modification de la version	Version 2018
P. 8	Modification du texte	Modification du premier paragraphe du préambule
P. 13	Ajout et actualisation	Intégration de nouvelles sources d'information
P. 14	Ajout	Ajout de « Autres thérapeutiques » dans la colonne « Recueillir les informations »
P. 18	Ajout et actualisation	Intégration du lien avec la lettre de liaison et du volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie
P. 19	Ajout et actualisation	Intégration du bilan de médication et du bilan partagé de médication
P. 31	Ajout et actualisation	Intégration de l'indicateur CAQES relatif à la conciliation des traitements médicamenteux et du volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie
P. 43	Modification	Lexique : dernière ligne du bilan médicamenteux

Résumé

La conciliation des traitements médicamenteux 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.

Ce guide a pour objectif de sensibiliser et d'accompagner les professionnels à la conciliation des traitements médicamenteux, en favorisant sa mise en œuvre progressive et en facilitant son déploiement par la mise à disposition d'outils et de mises en situation éprouvés par les professionnels de santé.

Ce guide s'adresse :

- en établissement de santé, à la gouvernance (promoteur du projet), aux professionnels de santé directement impliqués par la conciliation des traitements médicamenteux et aux responsables d'assurance qualité comme soutien à la démarche. Pour déployer la conciliation des traitements médicamenteux, les établissements peuvent, notamment, s'appuyer sur les OMEDIT en lien avec les ARS ;
- aux professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens d'officine, infirmières) et aux organismes les représentant.

Ce document comporte quatre grands titres :

► Titre 1. Appréhender (pages 9 et 10)

Outre la définition de la conciliation des traitements médicamenteux et ses objectifs, ce chapitre détaille les attentes des professionnels et des patients et de leur entourage.

► Titre 2. Comprendre (de la page 11 à la page 17)

Afin de structurer cette démarche et de favoriser la reproductibilité de la conciliation des traitements médicamenteux, quel que soit son environnement de mise en œuvre (établissement, secteur de ville), quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient (admission, transfert, sortie), quatre séquences de réalisation ont été définies et déclinées assorties des outils *ad hoc*.

► Titre 3. Mettre en œuvre (de la page 18 à la page 28)

Ce chapitre apporte un certain nombre d'informations, solutions, ou questions à se poser pour mettre en œuvre une démarche de conciliation des traitements médicamenteux, en tenant compte des liens à mettre en place avec les acteurs de ville et le patient, à l'admission et à la sortie d'un établissement de santé.


► Titre 4. Concilier en pratique (page 29)

Pour illustrer l'ensemble des propositions de ce guide, des mises en situation ciblant les différents points de transition et reflétant la mise en œuvre concrète de la démarche de conciliation des traitements médicamenteux par des établissements sont mises à disposition.

Des annexes, un lexique et une bibliographie viennent compléter ce document.

Préambule

En mars 2015, le Collège de la HAS donne une définition de la conciliation des traitements médicamenteux pour clarifier le concept. Il décide également de la création d'un groupe d'experts pluriprofessionnels associant les patients. Sa mission est la rédaction du présent guide sur la démarche de conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Le Collège de la HAS en a demandé son actualisation en octobre 2017.

Les modifications apportées sont repérables via le logo .

Parmi les stratégies de terrain qui visent à sécuriser le parcours de soins du patient figure la conciliation des traitements médicamenteux, démarche puissante de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses^{1,2}.

Toutes les erreurs médicamenteuses ne sont pas graves. Néanmoins 4 études montrent que respectivement 5,6 %, 5,7 %, 6,3 % et 11,7 % des erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation des traitements médicamenteux auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour les patients^{3,4,5,6}. Si les conséquences d'une erreur médicamenteuse ont une traduction clinique et/ou institutionnelle pour le patient, elles peuvent également impacter directement l'établissement de santé ou les professionnels de soins de ville.

Dans le cadre d'une démarche collective d'amélioration de la qualité des soins, ce guide s'adresse, en établissement de santé, à la gouvernance (promoteur du projet), aux professionnels de santé directement impliqués par la conciliation des traitements médicamenteux et aux responsables d'assurance qualité, comme soutien à la démarche. Pour déployer la conciliation des traitements médicamenteux, les établissements peuvent, notamment, s'appuyer sur les OMEDIT en lien avec les ARS.

Ce guide s'adresse également aux professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens d'officine, infirmières) et aux organismes les représentant.

Ce guide n'a pas vocation à être opposable. Il appartient à chaque établissement de santé de s'approprier les différentes propositions et de les adapter à son organisation.

1. ASHP. Medication Reconciliation Handbook. 2006.

2. C Vincent, R Amalberti. Safer Healthcare. Strategies for the Real World. 2016.

3. E Dufay *et al.* The Clinical Impact of Medication Reconciliation on Admission to a French Hospital. A Prospective Observational Study. 2016.

4. Cornish *et al.* Unintended Discrepancies at the Time of Hospital Admission. 2005.

5. Pippins *et al.* Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. 2008.

6. Gleason *et al.* Results of the Medication at Transition and Clinical Handoffs (MATCH) Study. An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. 2010.

Comment utiliser ce guide ?

► Les objectifs du guide

Le guide relatif à la mise en œuvre et à la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux s'adresse à tous les professionnels de santé intéressés par cette démarche.

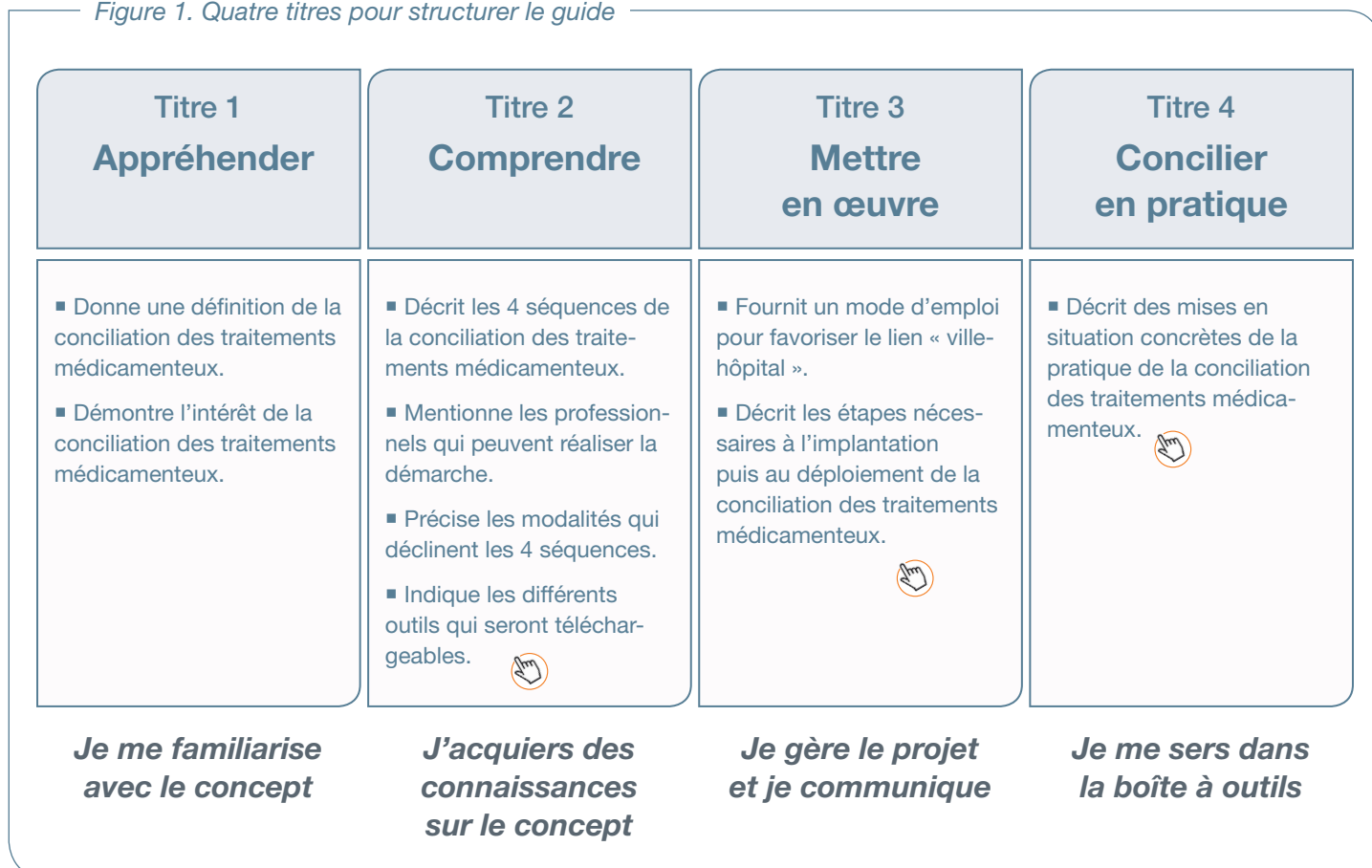
Les objectifs du guide sont les suivants :

- **sensibiliser** et **accompagner** les professionnels pour favoriser l'appropriation du processus de conciliation des traitements médicamenteux ;
- **faciliter la compréhension des grandes séquences** de la conciliation des traitements médicamenteux ;
- **décrire** les modalités de la conciliation des traitements médicamenteux d'un patient et mettre à disposition des outils pour faciliter sa mise en œuvre ;
- **accompagner l'implantation** de la conciliation des traitements médicamenteux dans une structure ;
- **favoriser la standardisation** des pratiques pour en réduire la variabilité ;
- **promouvoir la démarche de gestion des risques a priori** pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins du patient.

► Son mode d'emploi

Ce guide se compose de quatre titres consécutifs à un préambule, suivis de quatre annexes et d'une bibliographie.

Figure 1. Quatre titres pour structurer le guide



La lecture de ce guide se fera différemment selon que l'on souhaite mettre en œuvre la démarche ou que l'on souhaite compléter une démarche déjà déployée :

- si l'on met en œuvre une démarche de conciliation des traitements médicamenteux, chacun des titres sera lu dans l'ordre de présentation ;
- si l'on renforce sa mise en œuvre, il est utile de s'approprier les trois derniers titres. Complémentaires, ils peuvent néanmoins être abordés indépendamment les uns des autres.

Titre 1. Appréhender

1. Le concept de conciliation des traitements médicamenteux

1.1 La définition

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche qui structure l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Le Collège de la Haute Autorité de Santé en a donné une définition en mars 2015 consécutivement à l'expérimentation *Med'Rec*.

« La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

L'usage a également consacré l'expression « **conciliation médicamenteuse** ».

Il s'agit d'une démarche principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux mais qui implique fortement les professionnels de soins de ville, les patients, leur entourage et les aidants.

1.2 Les objectifs de la conciliation des traitements médicamenteux

Avec la conciliation des traitements médicamenteux, sont attendues :

- **une réduction des erreurs médicamenteuses** telles que l'interruption inappropriée des médicaments du domicile lors de l'admission du patient, le changement erroné des doses ou des formes galéniques ou des modalités d'administration, la duplication des principes actifs, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments, l'absence de reprise des traitements habituels du patient à sa sortie⁷ ;
- **une diminution du recours à l'hospitalisation** tels les passages aux urgences et les réhospitalisations non programmées grâce à l'action conjuguée de la conciliation des traitements médicamenteux et d'autres programmes tel l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie^{7,8,9,10,11} ;
- **une continuité médicamenteuse** avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux réalisée en secteur de ville.

2. Les attentes des professionnels de santé

Concernant la conciliation des traitements médicamenteux, les attentes des professionnels sont nombreuses vis-à-vis d'une démarche qui demeure encore confidentielle. Néanmoins, elle suscite un intérêt immédiat lorsqu'elle est présentée aux médecins, pharmaciens, infirmiers et préparateurs en pharmacie hospitalière. Certaines de ces attentes trouveront une réponse dans le présent guide :

- disposer d'éléments cliniques, techniques, organisationnels, pour convaincre autour de soi ;
- disposer d'une bibliographie qui aborde la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux et son impact clinique et économique ;
- savoir avec quelles structures professionnelles collaborer pour mettre en œuvre la démarche territoriale de conciliation des traitements médicamenteux ;
- saisir l'importance de la communication entre ville et hôpital et l'intérêt des nouvelles technologies de l'information ;
- comprendre et mettre en œuvre la démarche standardisée ;
- identifier la nature de la participation des professionnels, que leur exercice soit libéral ou hospitalier ;

7. Cf. annexe 2.

8. Cf. annexe 3.

9. BW Jack *et al.* A Re-engineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. 2009.

10. S Legrain *et al.* A New Multimodal Geriatric Discharge-planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalization of Older Adults. 2011.

11. S Rennke *et al.* Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategies. A Systematic Review. 2013.

- situer dans ce processus innovant le patient, possesseur mais aussi requérant d'informations ;
- disposer d'outils déjà éprouvés.

Des actions restent à concevoir, formaliser et mettre en œuvre pour satisfaire d'autres attentes. Celles-ci sont peu ou pas abordées dans le présent guide. Il s'agit de :

- connaître la place institutionnelle de la conciliation des traitements médicamenteux parmi les stratégies d'intervention pour sécuriser le parcours de soins du patient ;
- disposer de programmes de formation initiale et de développement professionnel continu ;
- obtenir les appuis nécessaires au développement des systèmes d'information connexes et des accès aux sources d'information ;
- connaître les pistes de valorisation pour renforcer le développement de la pratique ;
- connaître les projets ou les résultats nationaux, territoriaux, qui encouragent la conciliation des traitements médicamenteux dans le parcours de soins ;
- disposer d'un annuaire des expériences locales et du niveau de déploiement de leur démarche ;
- disposer d'éléments médico-économiques suite à la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux ;
- disposer d'un dossier patient informatisé avec intégration du dossier pharmaceutique prenant en compte l'interopérabilité des logiciels.

3. Les bénéfices attendus pour le patient et son entourage

Le patient et son entourage sont une ressource potentielle majeure pour contribuer à la qualité et la sécurité de son parcours de soins. À ce jour, ils sont (trop) insuffisamment considérés comme pouvant apporter des informations. Pour devenir acteur de sa santé, le patient demande à être mieux informé, formé et éduqué pour connaître et maîtriser sa ou ses maladies, ses traitements et les données de son dossier de santé.

Dans l'avenir – pas si lointain – le patient accédera à son dossier et l'alimentera. Aux États-Unis, le concept « *Nothing about me without me* » est opérationnel^{12,13}. Plus proche de nous, la Belgique œuvre dans ce sens avec le projet SEAMPAT développé en Wallonie¹⁴.

En France, pour les patients la question est encore posée. Est-ce que la conciliation des traitements médicamenteux est en mesure de répondre aux bénéfices attendus par le patient, tels que :

- une meilleure information du patient et de son entourage ;
- la possibilité pour le patient de s'exprimer sur ce que « mettre le patient au centre » veut dire pour lui ; et lui apprendre à s'exprimer sur sa maladie et son traitement ;
- une plus grande prise de conscience du patient sur les discordances que génère la complexité de son parcours de soins ;
- la possibilité de disposer d'espace de concertation et de coordination afin d'intervenir avec les professionnels dans la gestion des transitions ville-hôpital ;
- l'utilisation du patient et de son entourage comme source informationnelle ;
- le signalement par le patient et son entourage des effets indésirables survenus au cours de son traitement ;
- la liberté de choisir pour le patient, dûment informé de l'enjeu, d'adhérer à la démarche de conciliation des traitements médicamenteux.

Les patients ayant bénéficié d'une conciliation de leurs traitements médicamenteux seront probablement les premiers promoteurs de la démarche auprès des professionnels de santé qui se coordonnent dans leur parcours de soins. L'information du patient sur ses médicaments et sur l'évolution de son traitement engendré par l'épisode hospitalier est un moment privilégié de la conciliation des traitements médicamenteux. Cette étape est une exigence des patients et de leur entourage au vu des résultats rendus par les enquêtes de mesure de la satisfaction des patients e-Satis de ces dernières années.

12. T Delbanco *et al.* Healthcare in a land called PeoplePower. Nothing about me without me. 2001.

13. M Khan *et al.* Let's show patients their mental health records. 2014.

14. S Marien & A Spinewine. Improving Continuity of Medication Use through Patient Empowerment and Use of Information Technology. 2016.

Titre 2. Comprendre

1. Le descriptif de la conciliation des traitements médicamenteux

1.1 Le périmètre de la conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux est une pratique rigoureuse et standardisée développée sur la base de travaux de recherche et sur l'expertise de spécialistes français et internationaux. Un ensemble de recommandations concrètes structure sa pratique. Il définit une prise en charge spécifique organisée de façon régulière et mesurable selon quatre séquences. Les quatre séquences qui rythment les activités de la conciliation des traitements médicamenteux ont, chacune, leurs propres objectifs, des modalités pratiques de mise en œuvre et des outils spécifiques à la démarche (cf. tableau 1).

Le tableau 1 a pour objectif de présenter les quatre séquences de la conciliation des traitements médicamenteux. Ce tableau très synthétique permet d'appréhender par une lecture rapide les principaux éléments de la conciliation des traitements médicamenteux. Chaque séquence sera ensuite détaillée et les acteurs de la démarche y seront précisés. Des mises en situation éprouvées illustrent la conciliation des traitements médicamenteux dans le [titre 4](#) du présent guide.

Au cours d'une séquence, les professionnels de santé interviennent autant que de besoin en fonction de leur niveau de responsabilité et de compétences. Des équipements et un système d'information *ad hoc* facilitent la démarche de conciliation des traitements médicamenteux.

► *Le recueil des informations*

QUI ?

Concernant le recueil des informations, cette activité est réalisable par tout professionnel de santé, qu'il soit médecin ou pharmacien [praticien, interne ou externe], sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie. Ce recueil ne constitue pas une transcription des prescriptions et n'a pas pour objet de permettre la délivrance de médicaments.





Le(a) secrétaire médical(e) peut contribuer au recueil d'informations en recherchant toute information administrative et en éditant toute information utile à la rédaction du bilan médicamenteux.



La consultation d'une seule source d'information ne permet pas de qualifier la démarche de conciliation des traitements médicamenteux, le croisement obligatoire des données ne pouvant être réalisé.

Plus de 15 sources d'informations sont dénombrées qui peuvent être consultées, autant que de besoin. Pour obtenir l'exhaustivité (tous les médicaments) et la complétude (dosage, posologie et durée de traitement précisés) de l'information, la conciliation des traitements médicamenteux impose d'en analyser plusieurs et autant que de besoin. Cette étape est la clé du succès de la conciliation des traitements médicamenteux.

Les différentes sources d'information disponibles

- *Entretien avec le patient* 
- *Entretien avec les proches*
- *Entretien avec le pharmacien d'officine*
- *Entretien avec le pharmacien hospitalier*
- *Entretien avec le médecin traitant*
- *Lettre du médecin traitant*
- *Le dossier médical partagé*
- *Lettres de liaison*
- *Dossier pharmaceutique*¹⁵ 
- *Bilan partagé de médication par le pharmacien d'officine/ Bilan de médication par le pharmacien d'officine*¹⁶ 
- *Compte-rendu de télé expertise entre deux médecins*¹⁷ 
- *Médicaments apportés par le patient*
- *Ordonnances apportées par le patient*
- *Fiche de liaison de l'établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes*
- *Entretien ou lettre du médecin spécialiste*
- *Fiche de liaison avec le service de soins à domicile*
- *Dossier patient d'une précédente hospitalisation*
- *Volet de synthèse médicale*

15. Décret n° 2017-878 du 9 mai 2017 relatif au dossier pharmaceutique NOR : AFSH1625646D, JORF n° 109 du 10 mai 2017, texte n° 78.

16. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants, JORF n° 0082 du 7 avril 2011 page 6199, texte n° 16, NOR: ETSH1105776D/ELI: www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH1105776D/jo/texte / Alias: www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/2011-375/jo/texte.

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique, JORF n° 0279 du 1^{er} décembre 2016, texte n° 25, NOR: AFSP1633476A / ELI: www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/28/AFSP1633476A/jo/texte. Articles 1^{er} et suivants de l'avenant n° 12 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, 21 novembre 2017. Annexe II.7 Guide d'accompagnement des patients – le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué.

17. Article 1, Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016, NOR: AFSS1712818V, JORF n°0101 du 29 avril 2017, texte n° 125. Article 1, Décision du 7 septembre 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, JORF n° 0252 du 27 octobre 2017, Texte n° 19, NOR : SSAU1729851S.

La conciliation des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie...

RECUEILLIR LES INFORMATIONS

SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS

VALIDER LE BILAN MÉDICAMENTEUX

PARTAGER ET EXPLOITER LE BILAN MÉDICAMENTEUX

OBJECTIFS

- Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou qui sont à prendre.
- Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient et autres thérapeutiques (aromathérapies, phytothérapie, alicaments, etc.)
- Rédiger le bilan médicamenteux.
- Attester de la fiabilité du bilan médicamenteux.
- Servir la démarche diagnostique.
- Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments.
- Améliorer l'information du patient et de son entourage.



MODALITÉS

- Lister les médicaments en consultant au minimum 3 sources d'information différentes, voire autant que de besoin.
- Rechercher l'existence éventuelle d'une non-adhésion thérapeutique du patient.
- Enregistrer l'ensemble des informations recueillies sur un support standardisé.
- Classer et/ou enregistrer le support dans le dossier patient.
- Disposer du motif d'hospitalisation, des antécédents médicaux, des données biologiques et des allergies.
- Recouper et analyser les informations recueillies.
- Résumer et rédiger les informations sous forme de bilan médicamenteux.
- Vérifier la bonne réalisation des activités du processus de conciliation des traitements médicamenteux.
- Confirmer la cohérence du bilan médicamenteux en regard des informations recueillies.
- Apposer la signature du responsable sur le support.
- Intégrer le bilan à une nouvelle prescription ou comparer le bilan médicamenteux à la prescription en cours.
- Repérer et analyser les divergences (écarts) qui posent problème.
- Réaliser un échange collaboratif entre médecins et pharmaciens.
- Rédiger consécutivement la nouvelle prescription.
- Expliquer au patient et à son entourage les changements de son traitement.
- Transmettre les informations à l'ensemble des professionnels de santé (via la lettre de liaison le cas échéant).

OUTILS

- Fiche de recueil des médicaments par source d'information.
- Trame d'entretien avec le patient.
- Fiche de conciliation des traitements médicamenteux.
- Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie ou figure le bilan médicamenteux.
- Fiche d'information et plan de prises destinés au patient et à son entourage sur les médicaments à prendre à son domicile.
- Fiche d'information destinée aux professionnels de santé ville/hôpital sur les médicaments à poursuivre.

CIBLE


... pour contribuer à la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.



Une attention particulière doit être portée aux médicaments à délivrance hospitalière exclusive, aux médicaments faisant l'objet d'un protocole de recherche, ainsi qu'aux médicaments d'exception.

Afin de faciliter le recueil d'informations, les infirmières peuvent systématiser le recueil et la traçabilité des coordonnées du pharmacien d'officine dans le dossier du patient. L'établissement peut contractualiser avec le Conseil national de l'ordre des pharmaciens pour mettre à disposition des médecins et pharmaciens hospitaliers les données du dossier pharmaceutique.

Reste à inciter les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription à développer une fonctionnalité relative à l'enregistrement des informations issues des différentes sources.

La [fiche de recueil des médicaments par source d'information](#) constitue une **preuve** de la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux pour un patient donné. 

Des informations complémentaires telles que la non-adhésion thérapeutique du patient, les allergies, les facteurs de comorbidité, etc. extraites, entre autres, du système d'information hospitalier, sont à prendre en compte par les professionnels qui mettent en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux. Accessibles, elles facilitent l'accomplissement des séquences suivantes.

► **La synthèse des informations**

QUI ?

Concernant la synthèse des informations, il est recommandé de confier cette activité à un membre de l'équipe pharmaceutique ou au pharmacien expert des produits de santé. Toutefois, tout prescripteur est également en mesure de réaliser cette synthèse (médecin, chirurgien-dentiste, interne, sage-femme).

Les médicaments retrouvés figurent dans plusieurs sources d'information mais pas dans toutes. Un même médicament est signalé dans différentes sources par son nom de spécialité, son nom générique ou son nom de bio-similaire. Le dosage peut être différent d'une source à l'autre, de même que la posologie, voire la durée de traitement. Les formes galéniques influencent la pharmacocinétique du principe actif et en conséquence sa posologie ; celles-ci peuvent différer d'une source à l'autre sans qu'il y ait équivalence. S'ajoutent la notion d'automédication, de médication officinale et celle de non-adhésion thérapeutique du patient qui influencent la composition de la liste des médicaments identifiés.

Toutes ces données doivent être croisées et synthétisées. Leur analyse doit conduire à une décision de la part de celui qui la réalise. Quelle est la formulation du bilan la plus probable ? Tous les médicaments ont-ils été retrouvés ? L'analyse des informations exige des compétences dans la connaissance des produits de santé qui va au-delà des médicaments recensés dans le livret thérapeutique d'un établissement.

Le bilan médicamenteux n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il établit la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication.

Sous forme de fichier électronique, le bilan peut être importé par les seuls prescripteurs dans la fonction « Prescription » du logiciel d'aide à la prescription. Cela répond à un souci de simplification et de performance. Le bilan importé peut être ainsi directement exploité par les prescripteurs. S'ils le modifient, le résultat sera l'émission d'une nouvelle prescription.

Il est à noter que l'identification des acteurs intervenant dans la perspective d'une informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux devra, le moment venu, prendre en compte les préconisations de l'ASIP Santé.

► **La validation du bilan médicamenteux**

QUI ?

Il est recommandé de confier la validation du bilan médicamenteux au pharmacien expert en produits de santé. Il engage sa responsabilité par sa signature apposée sur la fiche de conciliation des traitements médicamenteux. Toutefois, tout prescripteur peut valider un bilan médicamenteux.

Cette séquence prépare la consolidation de la prescription ultérieure des médicaments parce qu'elle signale aux prescripteurs le bon déroulement de l'élaboration du bilan et sa valeur informationnelle.

Le bilan médicamenteux validé est un socle sur lequel tout professionnel de santé peut s'appuyer pour poursuivre la prise en charge du patient. Il figure systématiquement sur la fiche de conciliation des traitements médicamenteux quel que soit le point de transition dans le parcours de soins du patient.

La validation du bilan médicamenteux implique la vérification de la bonne exécution de l'ensemble des étapes de la conciliation des traitements médicamenteux.

Sur la [fiche de conciliation des traitements médicamenteux](#) sont reportés le bilan médicamenteux ainsi que la prescription en cours. Elle est complétée par des informations diverses dont les divergences repérées. Ce support constitue une **preuve** de la réalisation aboutie de la conciliation des traitements médicamenteux pour un patient donné. 

► **Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux**

QUI ?

Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Pour optimiser la prescription, l'échange collaboratif se fait nécessairement entre pharmacien et médecin : il induit une éventuelle révision des médicaments du patient par le prescripteur et en conséquence une nouvelle prescription.

L'information du patient sur les changements de ses médicaments doit lui être délivrée. Elle est réalisée par le médecin, le pharmacien, la sage-femme, ou l'infirmière.

Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux permettent de juguler les défauts de communication, source de discontinuité dans le parcours de soins du patient. Tous les professionnels de soins qui prennent en charge un patient bénéficient en temps réel de la connaissance du traitement médicamenteux du patient et des raisons de son éventuelle évolution.

Si la séquence « Recueillir les informations » conditionne un processus de conciliation des traitements médicamenteux réussi, la 4^e séquence « Partager et exploiter le bilan médicamenteux » garantit l'impact qualitatif de la conciliation des traitements médicamenteux sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient ; les informations sur les médicaments du patient sont rendues accessibles à tous les professionnels qui prennent en charge un patient et sont traitées pour être à haute valeur ajoutée.

Elles sont transmises *via* le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (document correspondant à une fiche de conciliation des traitements médicamenteux à la sortie). 

La conciliation des traitements médicamenteux contribue à la clarification de la prescription grâce à la transmission des informations en temps réel et au décloisonnement ville-hôpital.

Le patient et/ou son entourage sont, quant à eux, bénéficiaires à plusieurs titres :

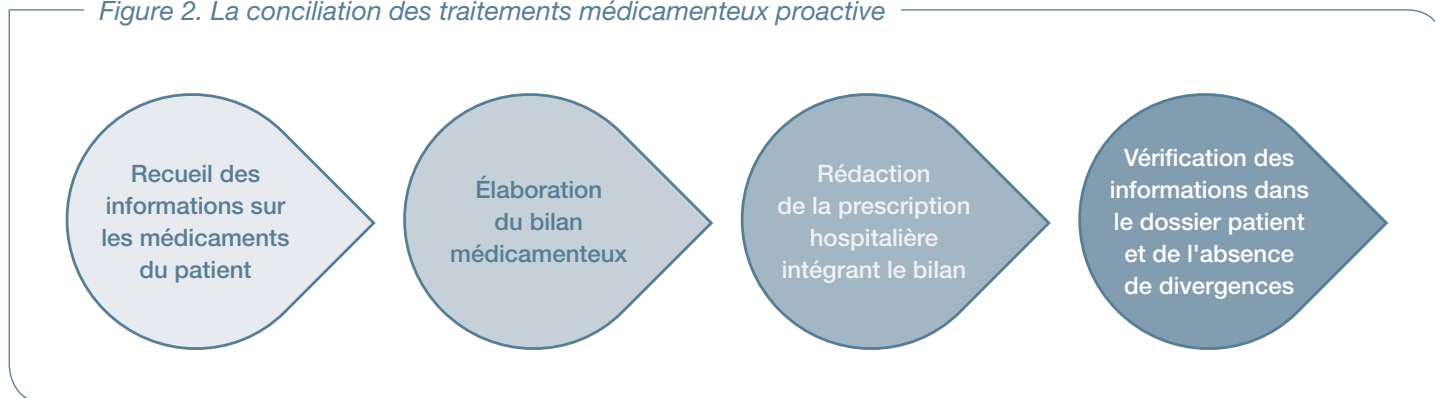
- le bon usage des médicaments est renforcé ;
- le risque associé aux points de transition est diminué ;
- les changements opérés ainsi que les raisons leur sont expliqués ;
- et des outils sont mis à leur disposition.

1.2 La conciliation des traitements médicamenteux proactive et rétroactive

Deux situations se rencontrent lors de l'exploitation du bilan médicamenteux :

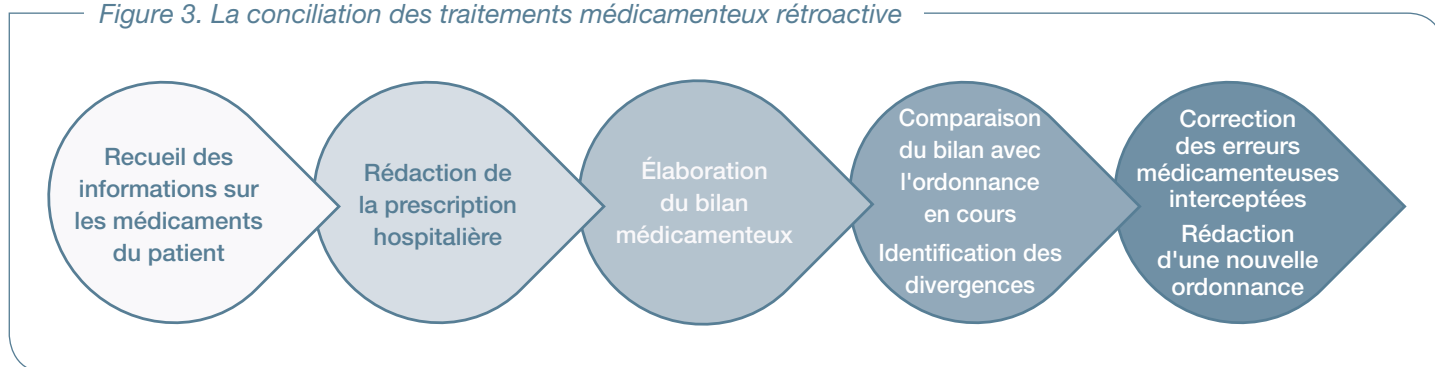
- la conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de **proactive** contribue à la prévention des erreurs médicamenteuses (figure 2). Le bilan médicamenteux est établi **AVANT** qu'il y ait une prescription. Le bilan communiqué au prescripteur doit être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance autant que de besoin. Les changements décidés sont documentés. La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux doit être réalisée ;

Figure 2. La conciliation des traitements médicamenteux proactive



- la conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de **rétroactive** contribue à l'interception des erreurs médicamenteuses avérées (figure 3). Le bilan médicamenteux est établi **APRÈS** la rédaction de la prescription ; le bilan sera comparé à la prescription en cours. Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur. Il les prendra en compte lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance autant que de besoin. Les changements décidés sont documentés. La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux est réalisée.

Figure 3. La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive



1.3 L'enchaînement des étapes de la conciliation des traitements médicamenteux aux points de transition

Selon les organisations en place, les ressources disponibles, l'environnement externe et les priorités de l'établissement, chaque structure organisera la conciliation des traitements médicamenteux selon des scénarios différents.

Pour construire les étapes aux points de transition que sont l'admission, le transfert, la sortie, les professionnels de santé se référeront aux mises en situation décrites dans le [titre 4](#) (tableau 5).

Néanmoins deux points méritent l'attention des professionnels de santé et du management de l'établissement :

- conformément aux articles R.1112-1-1 et suivants du Code de la santé publique¹⁸, la **lettre de liaison** à la sortie intègre les informations sur les traitements prescrits, ceux arrêtés ainsi que le motif de cet arrêt. Le volet médicamenteux de la lettre de liaison¹⁹ à la sortie tel que proposé dans ce guide répond aux informations demandées par la réglementation ;

18. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, JORF n° 0169 du 22 juillet 2016 texte n° 22, NOR: AFSH1612283D. ELI: www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/texte. Alias: www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-995/jo/texte.

19. Le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison, prévue par la loi de santé, sont précisés par décret. L'ensemble de ces dispositions sera à mettre en place dès le 1^{er} janvier 2017. Concrètement, lors de la sortie du patient de l'établissement de santé, une lettre de liaison doit lui être remise soit par le médecin qui l'a pris en charge, soit par un autre membre de l'équipe de soins. Le médecin, qui rédige la lettre, doit par ailleurs s'assurer que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. « Le même jour », la lettre doit également être transmise au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien l'ayant adressé à l'établissement. Elle doit contenir différents éléments. L'identification du patient tout d'abord, puis celle du médecin traitant, du praticien adresseur, ainsi que celle du médecin de l'établissement de santé, y sont spécifiées. Doivent également figurer les dates et les modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation tout comme le motif de l'hospitalisation. La lettre de liaison doit aussi comprendre une synthèse médicale du séjour mentionnant les éventuels événements indésirables, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang ou encore la pose d'un dispositif médical implantable. Les traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrêtés durant le séjour ainsi que le motif de cet arrêt sont aussi ajoutés. Enfin, la lettre doit préciser si des résultats d'examen ou d'autres informations sont attendus et les suites à donner, « y compris d'ordre médico-social », comme les actes prévus ou à programmer, la surveillance ou les recommandations particulières. De son côté, le praticien adressant le patient à l'établissement de santé doit accompagner sa demande d'une lettre de liaison « synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention ». En ce sens, la lettre doit notamment contenir les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues. Que ce soit le médecin traitant ou adresseur ou l'établissement de santé, ils peuvent transmettre ces lettres de liaison par messagerie sécurisée de santé ou « par tout moyen garantissant la confidentialité des informations ». De plus, si le patient dispose d'un dossier médical partagé (DMP), les lettres peuvent y être versées.



La HAS met à disposition des professionnels un **volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie** qui peut être téléchargé *via* le site www.has-sante.fr. Ce document peut s'appliquer quel que soit le secteur. Par exemple, il correspond pour le MCO au critère 13 de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) (a) ».

(a) Il existe à ce jour, dans l'indicateur QLS :

Deux items obligatoires :

- présence de la liste des médicaments à l'entrée du patient ou de la mention de l'absence de traitement à l'entrée ;
- la liste des médicaments à la sortie du patient (avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination commune, sa posologie (dosage unitaire ET le rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription) ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

Un item optionnel intitulé « Retrouve-t-on une mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement à l'entrée ou du traitement habituel ».

- la conciliation des traitements médicamenteux impose une nouvelle répartition des activités entre les professionnels pour un bénéfice reconnu. Certes un gain de temps découle de cette organisation qui implique les pharmaciens^{20,21,22}. Mais leur participation dans les transitions du parcours de soins oblige à réfléchir aux activités de pharmacie clinique, à leur valorisation et aux moyens afférents. La charge de travail centralisée en grande partie sur l'équipe pharmaceutique doit être prise en compte.

La recherche des divergences ou écarts entre bilan médicamenteux et prescriptions, les échanges entre professionnels, la formalisation des supports d'information, l'organisation des transmissions, l'utilisation du système d'information pour tracer l'acte de conciliation des traitements médicamenteux et l'information du patient exigent du temps. Ces activités très chronophages étaient déjà en place dans des établissements de santé avant qu'elles ne soient structurées par la conciliation des traitements médicamenteux^{23,24,25}.

2. Ne pas confondre la conciliation des traitements médicamenteux avec...

“ ... l'analyse pharmaceutique des ordonnances, la révision globale des traitements, l'éducation thérapeutique du patient, les RMM, REMED et CREX (méthodes d'EPP) ”

Divers concepts, démarches, méthodes et processus jalonnent la maîtrise des risques associés aux soins et aux produits de santé.

Chacune de ces démarches se distingue de la conciliation des traitements médicamenteux par ses objectifs, l'enchaînement des activités qui la structure, le système d'information connexe et les outils nécessaires à sa réalisation. Des analogies existent qui ne doivent pas amener les professionnels de santé à les confondre. Elles peuvent être concomitantes à la conciliation des traitements médicamenteux.

L'évaluation de la pertinence du traitement d'un patient, qu'elle soit médicale ou pharmaceutique, peut être réalisée concomitamment à la validation du bilan pour gagner en efficacité.

20. JD Rozich *et al.* Medication Safety : One Organization's Approach to the Challenge. 2001.

21. HAS. Rapport d'expérimentation Med'Rec. 2015.

22. JM Kinowski. Valoriser les activités de pharmacie clinique / négociation projet de service. Congrès SFPC Grenoble 2014.

23. S Caglar *et al.* Emergency department Medication Lists are not Accurate. 2011.

24. Barillet *et al.* Conciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation en France. Participation des externes en pharmacie. 2012.

25. S Doerper *et al.* La conciliation des traitements médicamenteux. Logigramme d'une démarche efficace pour prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. 2013.

Une analyse pharmaceutique des ordonnances²⁶ par un pharmacien peut conduire à une intervention pharmaceutique dont l'objet est la résolution des problèmes détectés, liés à la thérapeutique²⁷. Au cours de la conciliation des traitements médicamenteux, la connaissance des traitements complets du patient est recherchée pour détecter des divergences non documentées, **mais la conciliation des traitements médicamenteux n'équivaut pas à l'analyse pharmaceutique des ordonnances**.



Le **bilan de médication** réalisé par le pharmacien d'officine s'inscrit dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, prévu à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique. Il permet au pharmacien d'officine, désigné comme correspondant par le patient, à la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole.

Le **bilan de médication** comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées. Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au médecin prescripteur.

L'avenant n° 12 à la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie introduit le **bilan partagé de médication**, précise les modalités d'adhésion du patient au dispositif d'accompagnement et les modalités de la rémunération du pharmacien d'officine suite à la réalisation de ce bilan.

Cf. note de bas de page n° 16 page 13.

La révision globale des traitements ou révision de la médication (*Medication Review*) est définie comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles²⁸. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du BM) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés.

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient²⁹. Démarche pluriprofessionnelle, elle s'organise souvent après un séjour hospitalier.

La conciliation des traitements médicamenteux n'est pas une analyse approfondie des causes d'erreurs médicamenteuses contrairement aux démarches de gestion des risques *a posteriori* de type **revue de morbidité-mortalité (RMM)**, **revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux associés (REMEDI)** et **comité de retour d'expérience (CREX)**.

26. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance telle que définie dans l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du Code de la santé publique.

27. O Conort *et al.* Validation d'un outil de codification des interventions. Journal de pharmacie clinique. 2004.

28. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes | Guidance and guidelines | NICE. www.nice.org.uk/guidance/ng5. Accessed 31 May 2016.

29. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

3. Ne pas réduire la conciliation des traitements médicamenteux à...

“ ... la seule réalisation d’une à trois séquences de la démarche, la substitution d’un médicament par un générique ou un bio-similaire, la formalisation de l’historique médicamenteux, la gestion du traitement personnel du patient, l’évaluation de l’adhésion thérapeutique du patient à ses médicaments, l’analyse de la balance bénéfices/risques ”

Aucune des activités citées ne peut être actée comme la réalisation d’une conciliation des traitements médicamenteux :

- soit parce que l’activité n’octroie pas la rigueur annoncée de la conciliation des traitements médicamenteux ;
- soit parce qu’elle n’est qu’une partie de la conciliation des traitements médicamenteux ;
- soit parce qu’elle est une activité différente de la conciliation des traitements médicamenteux, complémentaire ou non.

4. Les mots pour le dire

À une pratique innovante correspond une nouvelle terminologie dont les termes proposés sont regroupés ci-après. Certains bénéficient d’une définition qui figure dans le lexique en fin du présent guide (un astérisque permet de les repérer dans le tableau 2).

Tableau 2. Les termes associés à la conciliation des traitements médicamenteux

- | | |
|---|---|
| ■ Conciliation des traitements médicamenteux* | ■ Bilan médicamenteux* |
| ■ Conciliation proactive* | ■ Validation du bilan médicamenteux |
| ■ Conciliation rétroactive* | ■ Divergence* |
| ■ Concilier | ■ Échange collaboratif médico-pharmaceutique* |
| ■ Documents de conciliation* | |

Titre 3. Mettre en œuvre

1. Favoriser le lien ville-hôpital autour du patient

“ L'absence de communication...
... tue la conciliation ! ”

Pour rendre la conciliation des traitements médicamenteux effective, l'établissement de santé collabore avec les acteurs de ville et le patient. Un plan de communication doit être formalisé. Les destinataires sont les professionnels de santé et les bénéficiaires le patient et son entourage.

1.1 Impliquer les professionnels de ville

LE PLAN DE COMMUNICATION VILLE/HÔPITAL

autour de la conciliation des traitements médicamenteux

- Identifier les disciplines concernées et les professionnels intéressés du territoire.
- Organiser des rencontres et délivrer le message relatif au projet de conciliation des traitements médicamenteux en précisant leur rôle dans la démarche.
- Expliquer le besoin et la réponse en termes de continuité des soins.
- Satisfaire les attendus des médecins, pharmaciens et infirmiers des soins de ville concernant les traitements des patients.
- Rencontrer les organismes qui les représentent tels que les URPS, les conseils régionaux de l'ordre des médecins, pharmaciens et infirmiers.
- Faire connaître le plan de communication à l'agence régionale de santé.
- Associer les représentants de l'Assurance maladie.

► Identifier les professionnels du territoire à impliquer

Les professionnels à impliquer sont ceux susceptibles :

- de transmettre une information sur les médicaments des patients à leur admission ;
- d'avoir besoin d'informations à la sortie du patient tant sur les traitements à poursuivre, les raisons de changements, le motif d'hospitalisation et les comorbidités associées aux pathologies.

QUI ?

Le **médecin traitant** pilote du parcours de soins en ville, les **médecins de spécialités**, les **médecins coordonnateurs** des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou de l'hospitalisation à domicile, le **pharmacien d'officine**, l'**infirmière libérale**, et les **professionnels des plateformes territoriales d'appui**.

► **Délivrer le message relatif au projet de conciliation des traitements médicamenteux**



L'établissement, pivot de la conciliation des traitements médicamenteux, organise et anime les réunions avec des professionnels de ville pour présenter la démarche et son impact.

D'autres réunions sont organisées pour faire des points d'étape réguliers sur le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux. Sont conviés les représentants des unions régionales des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers), les agences régionales de santé et les OMEDIT ainsi que l'Assurance maladie, le président du conseil de surveillance. À cette occasion le rôle de chaque professionnel de santé est détaillé, en quoi il est émetteur d'une information utile à la réalisation du bilan médicamenteux et en quoi il est récepteur d'informations utiles à la continuité des soins. Les modalités d'échanges et les outils sont précisés : entretiens, échanges de courriers ou mails sécurisés.

► **Expliquer le besoin et la réponse en termes de continuité des soins**

La conciliation des traitements médicamenteux est un moyen de mieux communiquer entre professionnels qui expriment leur besoin d'information sur les traitements des patients. Il sera important pour obtenir l'adhésion des professionnels de ville de souligner ce qu'apporte la conciliation des traitements médicamenteux dans la sécurité des soins du patient. La présentation des données de la littérature, et notamment du rapport d'expérimentation *Med'Rec*, permet de les sensibiliser au risque d'événements indésirables graves et d'iatrogénie médicamenteuse au décours d'une hospitalisation.

► **Satisfaire les attendus des médecins, pharmaciens et infirmiers**

Les réunions « ville-hôpital » sont une opportunité pour écouter et entendre les besoins qu'ont les professionnels de ville en termes d'informations, car les traitements médicamenteux ne sont pas les seuls objets d'intérêt des professionnels de ville. La connaissance de l'hospitalisation et de son motif fait également partie des besoins.

Par ailleurs, certains traitements médicamenteux (molécules onéreuses, chaîne du froid, etc.) nécessitent une logistique de mise à disposition qu'il est nécessaire d'anticiper afin de ne pas entraîner de rupture de traitement. Aussi pour satisfaire leurs attendus, les professionnels hospitaliers doivent particulièrement veiller à organiser le flux d'informations dans leur direction.

► **Rencontrer les représentants des professionnels**

Un calendrier des rencontres avec les organismes de représentants des professionnels est mis en œuvre par l'établissement pour relayer l'information sur le projet de conciliation des traitements médicamenteux. Ces organismes sont notamment les unions régionales des professionnels de santé, les conseils de l'ordre, les syndicats et les associations locales de professionnels. C'est l'occasion pour l'établissement de leur remettre un support qui détaille la démarche de conciliation des traitements médicamenteux et son impact.

► **Faire connaître le plan de communication à l'agence régionale de santé**



Le soutien institutionnel a un rôle incitatif pour mobiliser les professionnels de santé, qu'ils soient de ville ou d'établissements médico-sociaux. Associer les agences régionales de santé (ARS) et les OMEDIT accorde, au plan de communication, une forte valeur ajoutée.

► **Associer les représentants de l'Assurance maladie**

La conciliation des traitements médicamenteux associe à la qualité des soins la satisfaction des professionnels de santé et l'efficacité de la prise en charge. En lien avec d'autres activités, telles que l'évaluation de la pertinence des traitements, l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie, etc., elle contribue à diminuer le recours à l'hospitalisation. De ce fait toute démarche autour de la conciliation des traitements médicamenteux intéresse l'Assurance maladie.



L'ensemble de ces propositions intéresse aussi bien la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission que la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie.

1.2 Associer les usagers et leurs représentants

La direction de l'établissement doit être partie prenante. Elle veille à associer les patients et leurs représentants lors des réunions à destination des professionnels de santé.

Le patient ne mesure pas forcément l'importance de bien communiquer sur ses médicaments à son admission dans un établissement de santé et plus particulièrement lors de son passage aux urgences.

Aussi l'établissement doit-il veiller à communiquer sur le sujet auprès des patients.

De nombreux outils existent qui méritent d'être enrichis d'une information sur le traitement à l'admission : le livret d'accueil, le livret de préadmission, la fiche médicament du dossier préanesthésique, etc.

Ces outils peuvent être complétés par des affiches, des flyers, des films sur les écrans d'accueil de l'établissement. Ces mêmes moyens de communication peuvent être également mis à disposition des professionnels de ville afin de sensibiliser leur patientèle. Les établissements de santé pourront également mobiliser les patients *via* leur « commission des usagers ».

Une politique de promotion du dossier pharmaceutique peut être envisagée par l'établissement.



À charge pour l'établissement de définir sa politique de communication à l'égard de ses patients.

Au cours du processus de conciliation des traitements médicamenteux, il existe un moment privilégié avec le patient au point de transition qu'est la sortie.

Une fiche d'information lui est délivrée. Y figurent les traitements à poursuivre et les changements qui ont affecté son traitement habituel. La sortie est l'occasion de lui remettre le plan de prise de ses médicaments afin de faciliter l'appropriation de ses nouveaux médicaments. Il peut également lui être conseillé de présenter ces documents à ses professionnels de santé de ville.

La communication en 2016 doit s'appuyer le plus possible sur les technologies de l'information et de communication (dossier médical partagé, messagerie sécurisée, dossier pharmaceutique) et être présente chaque fois que cela est possible aux différentes étapes de réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux.

2. Implanter la conciliation des traitements médicamenteux

DANS LE CAS DE L'IMPLANTATION DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

8 étapes sont à prévoir avant son déploiement

- Institutionnaliser le projet de conciliation des traitements médicamenteux.
- Définir la population initiale à concilier.
- Réaliser une phase pilote.
- Définir le plan de communication.
- Structurer le système documentaire.
- Repérer les évolutions nécessaires du système d'information.
- Gérer les freins et utiliser les leviers.
- Utiliser le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

2.1 Institutionnaliser le projet de conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux est un projet qui s'inscrit dans le projet médical de l'établissement, dans sa politique d'amélioration continue de la qualité des soins et dans son programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement sont promoteurs du projet de conciliation des traitements médicamenteux. La présentation des résultats des différentes études étrangères et françaises et l'état d'avancement du projet font l'objet d'un point régulier à l'ordre du jour des différentes instances.

► Identifier les acteurs décisionnels

Pour convaincre de l'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux, un promoteur s'identifie, pharmacien ou médecin, voire un binôme pharmacien/médecin, ce qui aura encore plus de portée. Une communication en interne est mise en œuvre par le promoteur auprès du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement dans un premier temps, auprès des professionnels de santé de l'établissement ensuite.

Le concept de conciliation des traitements médicamenteux doit leur être présenté pour répondre au problème ubiquitaire et récurrent de la connaissance du traitement en cours du patient, presque toujours méconnu des professionnels qui ont à assurer le relais de sa prise en charge. Le risque associé est abordé de même que les impacts clinique et économique, sans oublier la satisfaction des patients et de leur entourage ainsi que celle des professionnels de santé de ville. La politique nationale de sécurité des soins doit également être rappelée ainsi que le contexte institutionnel : rapport d'expérimentation *Med'Rec*, guide de la conciliation des traitements médicamenteux ainsi que démarche de certification de la HAS et contrat de bon usage des agences régionales de santé, etc.

La mobilisation de ces acteurs décisionnels permet de promouvoir la stratégie adoptée au sein de l'établissement auprès des instances telle l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement mais également auprès des unions régionales des professionnels de santé. Ils sont ainsi en mesure d'apporter leur soutien si le projet s'inscrit bien dans la politique nationale de sécurité des patients.

► Désigner une équipe projet

Le recrutement des membres de l'équipe projet repose essentiellement sur le volontariat. L'équipe est pluriprofessionnelle et implique au moins un pharmacien et un médecin. Les représentants des patients sont associés si cela est possible.

L'organigramme est défini pour que la répartition des responsabilités soit connue.

L'équipe est animée par un chef de projet dont la mission est formalisée dans une note de cadrage diffusée par le directeur de l'établissement. Au fur et à mesure de l'avancement du projet, participent à l'équipe projet les représentants des services de soins qui mettent en place la conciliation des traitements médicamenteux.

► Réaliser un état des lieux

Pour déployer la conciliation des traitements médicamenteux, un état des lieux de l'organisation actuelle de la recherche du bilan médicamenteux, de son utilisation et des ressources dédiées est souhaitable.

Les modalités en cours dans l'établissement pour établir la liste des médicaments habituels du patient hospitalisé sont décrites ainsi que les difficultés rencontrées et les résultats obtenus. Le descriptif est réitéré à la sortie du patient ou lors de son transfert. Une cartographie des processus peut être construite à cette occasion. Les acteurs impliqués et leur maîtrise du sujet peuvent la compléter. Il s'agit de déterminer qui pratique quoi, occasionnellement ou régulièrement, qui est formé mais ne pratique pas, d'évaluer le niveau de polyvalence et d'éviter les glissements de tâches. Le but étant, *in fine*, de recentrer chaque professionnel sur son expertise métier.

Les résultats obtenus vont justifier l'engagement de l'établissement dans le projet. Les constats réalisés à cette occasion aident à convaincre l'environnement professionnel de l'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux. Ils permettent un premier repérage des améliorations que peut apporter cette conciliation des traitements médicamenteux. La charge de travail associée bénéficie d'une première évaluation.

Il est utile de tester sur quelques patients hospitalisés la conciliation des traitements médicamenteux et d'évaluer le nombre d'erreurs médicamenteuses survenues chez ces patients. Cela met en exergue la dimension locale du problème.

Les interrogations suivantes aident à formaliser le préambule du projet :

- la conformité des bonnes pratiques de prescription et de dispensation est-elle en place ?
- de quelles ressources dispose-t-on ?
- comment recentrer chaque professionnel sur son expertise métier pour obtenir une plus-value dans la sécurité des soins ?

2.2 Définir la population initiale à concilier

Tout patient justifie qu'un prescripteur connaisse l'ensemble de ses médicaments avant qu'un nouveau traitement lui soit prescrit, dispensé et administré. Pour autant la conciliation des traitements médicamenteux ne peut concerner d'emblée l'ensemble des patients d'un établissement.

Les débuts de la conciliation des traitements médicamenteux dans les organisations sanitaires ou médico-sociales doivent bénéficier d'un temps d'appropriation et de maîtrise. Ce qui implique qu'au début de sa mise en œuvre, elle doit concerner peu de patients. D'autant plus qu'elle impose une réorganisation importante du processus qui est en place.

En conséquence, dans les premiers temps de son implantation, la conciliation des traitements médicamenteux ne concernera qu'une fraction de la population hospitalisée ; celle qui est plus à risque.

La question « À qui doit bénéficier la conciliation des traitements médicamenteux dans un premier temps ? » doit être posée.

L'équipe projet définira les critères d'éligibilité à la conciliation des traitements médicamenteux. Ces critères sont variés : âge, pathologie chronique, patients handicapés, service de soins (comme par exemple unités de soins déclarant des événements indésirables fréquents), à la demande des prescripteurs, patients hospitalisés en urgence, patients ayant un recours récurrent à l'hospitalisation (dialysés, patients atteints de cancer, etc.), patients bénéficiant de médicaments à haut niveau de risque, etc.

Le nombre de médicaments habituels du patient est un des critères décrits dans la littérature. Il n'est pas le plus judicieux lors d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. En effet, le nombre de médicaments n'est connu qu'après formalisation du bilan médicamenteux³⁰.

Les patients sont accueillis au sein des services de soins selon diverses modalités, dont l'une d'entre elles peut être retenue comme critère d'éligibilité :

- hospitalisation programmée ou non programmée ;
- services de soins aigus, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hospitalisation à domicile ;
- services de médecine, chirurgie, psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, etc.

Les patients le plus à risque doivent être privilégiés. Lors des échanges entre professionnels, l'équipe projet doit identifier où les besoins des services de soins sont le plus prégnants et quels points de transition sont à réorganiser en priorité pour satisfaire la sécurité des patients.

Les critères d'éligibilité permettent d'apprécier le nombre de patients conciliables par an dans l'établissement. L'approximation de la charge de travail en sera affinée. Son adéquation aux ressources affectées sera analysée et adaptée.

2.3 Réaliser une phase pilote

Toute implantation d'une activité de conciliation des traitements médicamenteux fait l'objet d'une phase pilote. Elle est nécessaire pour :

- **définir, formaliser, mettre en œuvre et valider** l'organisation retenue : processus, acteurs, population à concilier ;
- **concevoir et valider** les modalités de recueil de données concernant les divergences et en particulier les erreurs médicamenteuses détectées ;
- **définir et tester** les indicateurs qui seront intégrés au bilan annuel ;
- **la validation** des outils qui auront été utilisés au cours de cette période.

Les services pilotes sont déterminés au regard du type d'établissement, des pathologies prises en charge, de l'offre de soins du territoire de santé, des ressources disponibles et des organisations en place. Les services pilotes sont volontaires.

Lors de cette phase pilote, le processus de conciliation des traitements médicamenteux est défini dans l'établissement par l'équipe projet sous forme de réponses aux questions suivantes.



Ces questions ne sont pas exhaustives. Elles orientent néanmoins l'équipe projet sur les premières modalités de conciliation des traitements médicamenteux. Celles-ci sont revues autant que de besoin au cours de la phase pilote, et de toute façon à la fin de cette expérience.

30. Peu d'études ont évalué le ciblage de l'activité de conciliation sur des patients à haut risque d'évènements indésirables médicamenteux. Les critères retenus sont le plus souvent : l'âge, la polymédication (4 à 13 médicaments), le passage par les urgences, la présence de médicaments à risque, la présence de plus de 3 comorbidités, la compréhension du traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique du patient (Kwan *et al.* 2013, Pippins and al 2008, Mueller *et al.* 2012). L'expérimentation *Med'Rec* (HAS) ciblait la conciliation chez les patients de plus de 65 ans passés par les urgences et hospitalisés dans un service de court séjour. L'étude française REPHVIM (Pourrat and al 2015) a évalué l'impact de la conciliation de sortie avec la transmission d'information au pharmacien d'officine. Elle a montré que l'intervention était significativement plus favorable chez les patients hospitalisés en chirurgie et/ou de moins de 75 ans. Les scores de fragilité de la personne âgée comme les scores de Trivalle (Trivalle *et al.* 2011), le score ADR (Onder *et al.* 2010) ou le modèle de BADRI (Tangisuran *et al.* 2014) sont parfois utilisés. Aucun score validé n'est disponible à ce jour pour l'identification de la population à concilier. Néanmoins les critères retenus doivent être repérables aisément. Au mieux doivent-ils être extraits du système d'information afin de ne pas alourdir le processus de conciliation.

■ QUI

Quels sont les professionnels qui réalisent l'acte de conciliation des traitements médicamenteux ? Qui valide le bilan médicamenteux ? Quelles sont les personnes interviewées ? Quels sont les prescripteurs qui sont contactés pour la résolution des divergences ? Quels sont les destinataires de l'information, patients, aidants, professionnels ? Quels sont les responsables ? Qui contacter en cas d'absence ? Quel est le rôle de chacun ?

■ QUOI

Quel est l'enchaînement des étapes de conciliation des traitements médicamenteux ? À l'admission, lors d'un transfert, à la sortie ? Que doit-il être produit ? Que fait-on en dehors des heures d'ouverture d'un service ?

■ OÙ

Quels sont les locaux utilisés pour concilier ? Comment sont-ils aménagés (téléphonie, bureautique...) ? Où rencontre-t-on les patients ? Les médecins ? Où sont archivés les documents de conciliation des traitements médicamenteux ? Un annuaire des professionnels de ville est-il disponible pour les contacter ? Y a-t-il un annuaire dans l'établissement ? Faut-il se déplacer ?

■ QUAND

Quels sont les horaires du personnel qui réalise l'acte de conciliation des traitements médicamenteux ? À quel moment fait-on les conciliations ? Est-ce le moment qui convient le mieux ? Ces moments sont-ils déterminés ou est-ce à la demande ? Quand contacte-t-on les professionnels de ville ? Comment gère-t-on les indisponibilités des professionnels ?

■ COMMENT

Quels sont les supports et les outils utilisés ? Quelles sont les sources à consulter ? Faut-il prioriser les contacts ?

Dans quels logiciels et fichiers les informations sont-elles enregistrées ? Comment les personnels sont-ils formés à la conciliation des traitements médicamenteux ? Comment gère-t-on l'archivage des documents de conciliation des traitements médicamenteux ?

2.4 Définir le plan de communication

Les destinataires de la communication sont à identifier par catégorie : les professionnels internes à l'établissement, les professionnels externes et les patients et leur entourage. La communication précise l'objectif du message et bénéficie de supports variés : réunions, journal interne, entretien personnalisé, flyer, affiche, site intranet, livret d'accueil, communiqué de presse, courrier, etc.

Le responsable de chaque action de communication est identifié, de même que le rendez-vous de communication et sa fréquence. Le plan de communication doit être diffusé aux acteurs décisionnels pour validation. Une attention particulière doit être portée aux professionnels de soins de ville ainsi qu'aux patients et à leurs représentants respectifs. (cf. « [1. Favoriser le lien ville-hôpital autour du patient](#) »).

2.5 Structurer le système documentaire

Le système documentaire regroupe les procédures, modes opératoires et fiches d'instructions relatifs à la conciliation des traitements médicamenteux. Les modèles des outils utilisés lors de cette démarche en font partie, de même que la main courante de l'équipe projet et le bilan d'activité annuel. Les modalités d'archivage des fiches de recueil des médicaments par source d'information et des fiches de conciliation des traitements médicamenteux, quel que soit le point de transition considéré, bénéficient d'une réflexion de la part de l'équipe projet et du département d'information médicale.

Parce que ces deux documents sont la preuve d'une conciliation des traitements médicamenteux effective pour un patient donné, l'organisation de l'archivage doit être généralisée.

2.6 Repérer les évolutions nécessaires du système d'information

Le système d'information sur lequel s'appuie la conciliation des traitements médicamenteux est intégré au système d'information hospitalier de l'établissement. L'ensemble des outils sont formalisés sachant qu'ils doivent ou devront s'insérer dans le logiciel d'aide à la prescription, le dossier patient informatisé, et être transférables *via* les messageries sécurisées.

L'informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux est un enjeu en ce sens qu'elle doit faire gagner du temps aux professionnels qui la gèrent ou qui en utilisent le résultat et permettre une traçabilité dans le dossier patient. Dans la mesure du possible toute évolution informatique des outils doit faire partie de la politique du système d'information hospitalier de l'établissement.

Les trois flux informatisés (ou à informatiser) du système d'information de la conciliation des traitements médicamenteux sont les suivantes :

► *Recevoir dans l'établissement de l'information concernant le patient*

L'accès à toute source d'information est une problématique de la direction d'un établissement et doit être facilité. L'accès au dossier patient et à tout logiciel d'aide à la prescription utilisé dans l'établissement doit être organisé pour tous les professionnels de l'établissement. Ce point est rendu opposable en commission médicale d'établissement. Les messageries sécurisées sont mises en place pour les différents exercices professionnels des médecins et pharmaciens.

Le dossier pharmaceutique est rendu accessible aux médecins et pharmaciens conformément à la réglementation en cours. Il permet un gain de temps appréciable. Sa mise à disposition relève d'une décision partagée entre le directeur et le président de la communauté médicale de l'établissement³¹.

Lors de la réception des informations sur les médicaments du patient, celles-ci sont enregistrées dans la fiche de recueil des médicaments par source d'information. Les sources d'information consultées y sont également mentionnées. Cette fiche doit être informatisée autant que faire se peut dans le dossier patient et/ou dans le logiciel d'aide à la prescription, dispensation administration, pour exploitation ultérieure.

Il est à noter que l'identification des acteurs intervenant dans la perspective d'une informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux devra, le moment venu, prendre en compte les préconisations de l'ASIP Santé³².

► *Traiter l'information en interne pour mieux prendre en charge le patient*

Le bilan médicamenteux est une synthèse issue du recueil d'informations précédent. Ce bilan doit être informatisé autant que faire se peut dans le dossier patient et/ou dans le logiciel d'aide à la prescription, dispensation, administration, pour exploitation ultérieure. Il est accessible à tout professionnel de santé de l'établissement impliqué dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Il figure obligatoirement sur les fiches de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et de transfert, ainsi que sur le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie. Inséré dans le logiciel d'aide à la prescription, il doit pouvoir être converti en prescription par les seuls prescripteurs et être modifiable en conséquence par eux seuls.

Sa comparaison avec une prescription en cours durant l'hospitalisation d'un patient est une évolution qui doit se négocier avec les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription, dispensation et administration. Cela impose que les fiches de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, de transfert et le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie soient informatisés dans le dossier patient et/ou dans le logiciel d'aide à la prescription dispensation, administration.

Les discordances observées et les décisions du prescripteur doivent être tracées et si besoin commentées. Il peut s'ensuivre une nouvelle prescription. Celle-ci doit s'établir dans le logiciel d'aide à la prescription pour que les activités de dispensation et d'administration des médicaments puissent s'effectuer consécutivement.

► *Restituer de l'information vers les professionnels de santé et les patients*

À l'occasion du transfert ou de la sortie d'un patient, tout professionnel de santé qui assure le relais de la prise en charge médicamenteuse d'un patient doit disposer de son bilan médicamenteux, du traitement complet qui doit être poursuivi et des raisons des éventuels changements.

Les supports utilisés sont : la fiche de conciliation de transfert, volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie nonobstant les autres documents obligatoires tels le compte rendu opératoire, le compte rendu d'hospitalisation, la lettre de liaison, etc.

Les doubles saisies informatiques sont identifiées pour être évitées et pour que la conciliation des traitements médicamenteux gagne en performance.

Le patient doit être informé de son nouveau traitement, disposer d'explications utiles pour faciliter son adhésion thérapeutique et connaître les raisons des changements décidés par le prescripteur. Il peut être intéressant de lui remettre, en plus du volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie, une fiche d'information listant ses médicaments, dont ceux qui sont arrêtés et/ou un plan de prise de ses médicaments. À cette occasion, il peut être sensibilisé à l'intérêt de présenter ces supports aux professionnels de santé de ville.

31. Adenot. La généralisation du dossier pharmaceutique à l'hôpital est suspendue au décret d'application. HOSPIMEDIA-29 septembre 2016.

32. http://esante.gouv.fr/sites/default/files/pgssi_referentiel_d_identification_v1.0.pdf.

2.7 Gérer les freins et utiliser les leviers

Au cours de la phase pilote mais aussi par la suite, des freins à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux apparaissent et quelques-uns peuvent devenir un handicap au déploiement de cette démarche. Pour ceux-là la résolution relève d'une démarche institutionnelle.

Mais la plupart trouvent leurs solutions dans les leviers existants, ou à défaut, à mettre en place.

Les freins et leviers ci-après énoncés sont une synthèse de ceux rencontrés par les établissements investigateurs de l'expérimentation *Med'Rec*.

Tableau 3. Les freins et les leviers de la conciliation des traitements médicamenteux

LES FREINS

- Les formations des professionnels insuffisantes.
- Le manque de ressources et en particulier de ressources pharmaceutiques.
- La résistance au changement des professionnels.
- L'apparente complexité du processus.
- Les technologies de l'information immatures ou insuffisamment sécurisées.
- Les relations insuffisantes entre professionnels des soins de premier recours et hospitaliers.

LES LEVIERS

- L'intérêt des professionnels à la démarche.
- Le dossier patient informatisé.
- L'accès au dossier pharmaceutique.
- Les activités de pharmacie clinique.
- Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Les formations inscrites dans le développement professionnel continu.
- La culture de sécurité en place.
- Le retour d'expérience *Med'Rec*.

2.8 Utiliser le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

► La conciliation des traitements médicamenteux comme réponse à l'identification et/ou l'analyse d'un risque médicamenteux

Puisque la conciliation des traitements médicamenteux est une méthode puissante de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses, elle peut être proposée :

- **lors de l'identification des risques liés à la prise en charge médicamenteuse** dans le cadre de la cartographie des risques [analyse *a priori*] ;
- **lors de l'analyse approfondie de certains événements indésirables médicamenteux** dans le cadre de démarches de retour d'expérience [analyse *a posteriori*] (RMM, REMED ou CREX).

► La démarche de gestion de risque pour prioriser les patients éligibles à la conciliation des traitements médicamenteux

L'identification de médicaments à risque, patients ou situations à risque issus de l'analyse des événements indésirables sur l'établissement permet d'identifier des critères d'éligibilité à la conciliation des traitements médicamenteux et en conséquence de repérer un type de population fragile qui pourrait en bénéficier prioritairement.

Elle est le résultat d'un travail collectif entre les professionnels mettant en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Elle repose sur des prérequis :

- **la déclaration d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse** et leur analyse approfondie au cours de RMM, REMED et CREX sur l'établissement ;
- **l'identification des risques** lors de la cartographie des risques.

► La valorisation de la conciliation des traitements médicamenteux dans la certification

Si la conciliation des traitements médicamenteux est mise en place dans l'établissement de santé elle est signalée aux experts-visiteurs et aux chefs de projet lors de la certification d'établissement.

Les établissements qui ont mis en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux la valorisent à trois moments de la démarche de certification :

- lors de l'évaluation par le patient traceur. Ils font état de l'existence de procédures et d'indicateurs *ad hoc*. Ils signalent son intégration à la politique du médicament et sa traçabilité dans le système d'information hospitalier ;
- la thématique de certification « Parcours du patient » [Réf. 18 – critère 18.a – Élément d'appréciation E3.EA1]³³ comprend notamment l'évaluation de la continuité des soins et la coordination des professionnels de santé ;
- la thématique de certification « Management de la prise en charge médicamenteuse » [Réf. 20– critère 20.abis - Élément d'appréciation E1.EA2]³⁴ comprend notamment l'évaluation de la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie (transfert inclus). La conciliation des traitements médicamenteux étant une réponse efficace en termes de sécurisation, elle doit être signalée par l'établissement aux experts-visiteurs ;
- le projet de mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux a toute sa place dans le compte-qualité. Il a vocation à faciliter la priorisation des actions issues des analyses de risques *a priori* et *a posteriori*.

Au-delà de la certification, le compte-qualité est une aide à la décision des priorités à retenir par la gouvernance d'un établissement. Utilisé comme un outil de pilotage stratégique à l'échelle de l'établissement, il peut l'être à terme à l'échelle d'un groupe hospitalier de territoire.

En ce sens, l'inscription de la conciliation des traitements médicamenteux dans le compte-qualité est un enjeu en termes de déploiement de cette pratique et de sécurisation globale de la prise en charge médicamenteuse des patients.

3. Déployer la conciliation des traitements médicamenteux

3.1 Formaliser le calendrier du déploiement

Un établissement conserve son libre arbitre quant aux axes de déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en son sein.

La décision de déployer cette démarche prend en compte en premier lieu les ressources disponibles ou à affecter pour réaliser l'extension de la pratique, qu'il s'agisse de ressources humaines ou de ressources informatiques.

La réflexion porte dans un deuxième temps sur le type de population éligible à la conciliation des traitements médicamenteux et en conséquence sur les filières et les services de soins qui seront concernés.

Les points de transition doivent également être évoqués. Lesquels seront retenus au cours du déploiement ? L'association des conciliations des traitements médicamenteux admission/sortie est logiquement la plus pertinente à retenir en termes de sécurité des patients. Cela signifie que le choix porte sur le renforcement de la pratique qui est aboutie pour chaque patient concilié, et cela au détriment de l'augmentation du nombre de patients conciliés. Ce choix présente un avantage : la sollicitation des professionnels de ville pour établir le bilan médicamenteux à l'admission voit un juste retour de leur mobilisation puisque à la sortie du patient, ils bénéficieront d'une information en temps réel sur les changements de traitements de leurs patients.

Néanmoins l'établissement peut retenir de ne concilier ses patients hospitalisés qu'à l'admission, tout comme il peut retenir de ne s'intéresser qu'aux transferts internes entre services de soins ou qu'aux transferts vers un autre établissement sanitaire ou médico-social. Ces choix étant actés, le calendrier s'établit sur quelques années. Il intègre ceux réalisés pour le projet médical d'établissement et pour le programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient. Il est pris en compte par tout autre calendrier utilisé afin de faciliter la conduite du portefeuille de projets de l'établissement.

33. Chapitre 2, Prise en charge du patient, partie 3 Parcours du patient, référence 18 « La continuité et la coordination des soins », in Manuel de certification des établissements de santé V2010, janvier 2014, p. 59, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014.

34. Chapitre 2, Prise en charge du patient, partie 3 Parcours du patient, référence 20 « La prise en charge médicamenteuse », in Manuel de certification des établissements de santé V2010, janvier 2014, p. 65. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014.

3.2 Organiser la formation des professionnels impliqués

Les professionnels dédiés à l'organisation, la mise en œuvre et la production des conciliations des traitements médicamenteux doivent être formés. Le concept de conciliation des traitements médicamenteux et celui d'iatrogénie médicamenteuse sont expliqués au cours de ces formations ainsi que la pratique de cette démarche en elle-même.

Néanmoins, tout type de formation sur le sujet peut être envisagé. Mais celles-ci s'inscrivent soit dans le plan de formation de l'établissement, soit dans le plan du développement professionnel continu des médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes, infirmiers, préparateurs en pharmacie hospitalière.

Les formations peuvent s'étendre à d'autres thématiques plus générales qui relèvent des démarches qualité et de gestion des risques en santé.

Quel que soit le bénéficiaire (y compris les partenaires externes à l'établissement de santé), les formations sur le thème de la conciliation des traitements médicamenteux sont internes à l'établissement ou externalisées, elles sont présentielles ou sous forme d'*e-learning*, institutionnelles (OMEDIT, universités, structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients) ou assurées par un prestataire de services.

Le cas particulier de la formation des internes et étudiants, en pharmacie et médecine, et dont la venue dans l'établissement est semestrielle ou annuelle, doit être pensé.

Une session de formation est organisée dès leur arrivée ; ils doivent être en mesure de participer aussi vite que possible à l'élaboration du bilan médicamenteux ainsi qu'au repérage et à la correction des erreurs médicamenteuses pour ce qui les concerne.

Un diaporama qui cible la pratique de conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé est proposé dans la liste des outils (tableau 4). Il a été conçu dans le cadre de l'expérimentation *Med'Rec* par un des établissements investigateurs.

3.3 Formaliser les outils

À l'issue de la phase pilote, l'équipe projet d'un établissement est chargée, d'évaluer les outils qui ont été conçus et utilisés. Il est probablement utile de les réviser pour qu'ils soient mieux adaptés aux pratiques et au système d'information hospitalier de l'établissement avant le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux.

Ils doivent toujours être conçus de façon à faciliter leur appropriation par les professionnels de santé de ville et d'hôpital. Autant que faire se peut, ne pas hésiter à utiliser ceux déjà conçus et éprouvés afin de gagner du temps.

La liste des outils mis à disposition dans le présent guide téléchargeable sur le site de la HAS.

Tableau 4. Les outils de la conciliation des traitements médicamenteux

- Fiche de recueil par source d'information.
- Trame d'entretien avec le patient.
- Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.
- Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie.
- Fiche d'informations pour le patient et son entourage sur l'évolution de son traitement.
- Fiche d'informations destinée aux professionnels de santé ville-hôpital.
- Plan de prise des médicaments destiné au patient.
- Fiche de liaison du traitement personnel avant hospitalisation.
- Affiche.
- Support de formation sous forme de diaporama.



3.4 Déterminer les indicateurs associés à la conciliation des traitements médicamenteux

Dès la phase d'implantation dans un service pilote, les indicateurs relatifs à l'activité de conciliation des traitements médicamenteux sont réfléchis.

L'établissement formalise *a minima* des indicateurs d'activité. Ils sont éventuellement complétés par des indicateurs de performance, des indicateurs qualité ou d'impact clinique. Le principe est de ne retenir que les indicateurs essentiels : ceux qui permettent d'appréhender la pratique sans imposer une charge de travail trop conséquente aux équipes.

Les indicateurs ci-dessous sont donnés à titre d'exemple. Il est laissé à la libre appréciation de l'établissement le choix de ses indicateurs.

Les indicateurs retenus doivent être précisément définis et la capacité informationnelle pour les renseigner doit être évaluée. Le temps mis pour collecter les données est pris en compte lors de la sélection de ces indicateurs.

Ci-dessous quelques exemples d'indicateurs utilisés :

► **Exemples d'indicateurs d'activité (préciser tout point de transition ou admission ou transfert ou sortie)**

- I1 : nombre de patients conciliés par an.
- I2 : nombre de patients conciliés rapporté au nombre de patients hospitalisés de l'établissement.
- I3 : nombre de patients conciliés rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation.
- Indicateur CAQES³⁵ : s'il y a lieu.

► **Exemples d'indicateurs de performance**

- I4 : Nombre de patients conciliés dans les 24 heures rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation des traitements médicamenteux.

► **Exemples d'indicateurs d'alerte**

- I5 : Nombre de patients conciliés ayant au moins 1 divergence non documentée rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation des traitements médicamenteux.
- I6 : Nombre de patients conciliés ayant au moins 1 erreur médicamenteuse rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation des traitements médicamenteux.
- I7 : Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation des traitements médicamenteux par an.
- I8 : Nombre d'erreurs médicamenteuses de gravité majeure, critique ou catastrophique corrigées au cours de la conciliation des traitements médicamenteux par an.
- I9 : Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation des traitements médicamenteux rapporté au nombre de patients conciliés.

Les enquêtes de satisfaction des professionnels de soins de ville et celles concernant la satisfaction des patients et de leur entourage sont intéressantes à mener. Elles contribuent à connaître la perception de la conciliation des traitements médicamenteux par les uns et les autres ainsi que l'image de l'établissement sur son territoire.

35. Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Titre 4. Concilier en pratique

Chaque mise en situation est illustrée par l'expérience d'un établissement et ne constitue en aucun cas une liste exhaustive. Elles seront enrichies et complétées au fur et à mesure de l'évaluation du guide.

Tableau 5. Les différentes mises en situation

- Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en chirurgie programmée et non programmée.
- Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en gériatrie.
- Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en HAD.
- Concilier les patients admis aux urgences.
- Concilier à l'admission les patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- Concilier à l'admission les patients hospitalisés en SSR, SSR pédiatrique.
- Concilier à l'admission les patients hospitalisés en psychiatrie.
- Concilier à l'admission les patients hospitalisés en médecine.



Annexes

Annexe 1. Modalités de réalisation du guide

La démarche de rédaction du guide relatif à la mise en œuvre et à la pratique de conciliation des traitements médicamenteux a été décidée en 2015. Il s'est ensuivi un appel à candidatures auprès des professionnels de santé et des usagers.

Chacun des participants a fait l'objet d'un examen de sa déclaration publique d'intérêts par la HAS. Ces déclarations publiques d'intérêts sont publiées sur le site de la HAS.

Le groupe de travail a été constitué en juin 2015 et il est composé de :

- un représentant des usagers ;
- cinq médecins hospitaliers (anesthésistes, gériatres, interniste, urgentistes) dont deux exerçant en établissement de santé privé et deux médecins généralistes ;
- six pharmaciens hospitaliers dont deux pharmaciens exerçant en établissement privé, un pharmacien d'officine, un pharmacien inspecteur, un pharmacien gestionnaire de risque ;
- une sage-femme ;
- un cadre de santé infirmier exerçant en centre hospitalier universitaire ;
- un cadre de santé infirmier exerçant en hospitalisation à domicile ;
- deux directeurs d'établissement de santé ;
- un conseiller technique de la Haute Autorité de Santé.

Tableau 6. Calendrier du projet « guide de la conciliation des traitements médicamenteux »

Étapes	Périodes	Commentaires
Note de cadrage	Mars 2015	
Appel à candidatures	Mai 2015	
Réunion de lancement	Juin 2015	
Production du groupe de travail	Juin 2015 à décembre 2016	
Concertation	Septembre 2016	Parties prenantes
Relecture interne	Octobre 2016	
Relecture externe	Octobre et novembre 2016	
Réunion de clôture	Décembre 2016	
Mise en forme du guide	Novembre et décembre 2016	
Plan de communication	Janvier 2017	Prévisionnel
Examen par le Collège d'orientation	Novembre 2016	
Délibération du Collège	Décembre 2016	
Publication	Décembre 2016	

Tableau 7. Calendrier des réunions du groupe de travail

Dates	Ordre du jour	Commentaires
17 juin 2015	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage d'expérience. ■ Présentation des objectifs et livrables attendus. ■ Présentation de la méthodologie de travail. 	<p>Présentation de chacun des participants avec description :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des DPI ; ■ des critères de sélection ; ■ de la représentativité régionale et catégorielle. <p>La présentation du partage d'expérience s'est faite à partir d'un questionnaire préalablement envoyé à chacun des participants.</p>
30 septembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage d'expérience (suite). Présentation du projet <i>Med'Rec</i> (initiative des <i>High5s-Medication Reconciliation</i>). ■ Présentation des résultats suite à l'envoi préalable à la réunion des questionnaires relatifs : <ul style="list-style-type: none"> ▸ au processus de CTM ; ▸ à une proposition de sommaire du guide ; ▸ aux outils déjà existants et proposés par chacun des participants. 	<p>Trois questionnaires ont été envoyés préalablement aux participants du GT pour préparation de la réunion ; questionnaires relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ à l'état des lieux des pratiques de CTM et processus de CTM des membres du GT ; ■ aux outils déjà existants et à venir de la CTM ; ■ à une proposition de sommaire du guide.
3 novembre 2015	<p>Présentation des résultats suite à l'envoi préalable à la réunion des questionnaires relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aux outils (suite) ; ■ à la définition du processus socle de la CTM (comment modéliser un schéma reproductible de la CTM). 	
20 janvier 2016	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présentation par la DGOS de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux. ■ Présentation des résultats de l'étude REPHVM. ■ Présentation des résultats suite à l'envoi préalable à la réunion du Delphi relatif « aux propositions de définition ». 	<p>Arbitrage relatif aux définitions devant faire partie du guide.</p>
9 mars 2016	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définition du processus socle et d'une macro-modélisation de la CTM. ■ Présentation des résultats suite à l'envoi préalable à la réunion du questionnaire relatif aux « acteurs impliqués dans le processus de CTM » (suite). 	<p>Arbitrage relatif aux définitions devant faire partie du guide (suite).</p>

...

Tableau 7. Calendrier des réunions du groupe de travail

Dates	Ordre du jour	Commentaires
1 ^{er} juin 2016	Validation du schéma de modélisation du processus de CTM.	Cette modélisation sera présentée aux parties prenantes. Validation : <ul style="list-style-type: none"> ■ des définitions à intégrer au sein du lexique ; ■ des acteurs impliqués au sein de chacune des 4 séquences.
20 octobre 2016	Arbitrage et finalisation du guide.	
Réunion de clôture	Présentation de la version définitive et réflexion sur les perspectives.	

La méthodologie de travail et d'échanges qui a alimenté les réunions s'est appuyée sur le rapport d'expérimentation *Med'Rec*, la recherche bibliographique, les formulaires d'enquêtes adressés aux membres du groupe de travail et un formulaire de type Delphi.

Tableau 8. Liste des thèmes traités dans les formulaires d'enquête

Ordre	Thème	Période	Commentaire
FE* n° 1	Processus et pratique de la CTM.	Juillet 2015	Résultat communiqué lors de la réunion du GT du 20 septembre 2015.
FE n° 2	Les outils de la CTM.	Septembre 2015	Choix des outils faisant consensus lors de la réunion du 30 octobre et celle du 3 novembre 2016.
FE n° 3	Proposition du sommaire V.1 du guide.	Septembre 2015	Évolutif au fur et à mesure des réunions du GT.
FE n° 4	Les acteurs de la CTM.	Mars 2016 - juin 2016	
FE n° 5 – Delphi	Propositions des définitions.	Janvier 2016 - mars 2016	Définitions gérées lors des réunions de mars et juin 2016 en lien avec le schéma de modélisation.

* FE : formulaire d'enquête

Annexe 2. Les expériences qui ont inspiré le guide

Le rapport de l'expérimentation *Med'Rec* validée par le Collège de la HAS est disponible sur le site de la HAS, il pourra être consulté pour plus d'informations.

Un focus sur l'expérience des États-Unis et du Canada, pays de référence de la démarche, complète cette synthèse.

► L'expérience internationale des High 5s

L'initiative des *High 5s* est une démarche internationale lancée en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'initiative des *High 5s* s'est construite sur la base d'un partenariat entre le *Commonwealth Fund*, l'OMS, la *Joint Commission International*, et les pays fondateurs que sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. La France s'est jointe à cette démarche en 2009.

Le nom de *High 5s* découle de la volonté de réduire de manière significative, soutenue et mesurable, cinq problèmes de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS.

Il s'agit des thèmes suivants :

- la précision de la prescription des médicaments lors des transitions dans le parcours de soins ;
- la prévention des erreurs de site en chirurgie ;
- l'utilisation des médicaments concentrés injectables ;
- les défaillances dans les transmissions infirmières ;
- les infections associées aux soins.

High 5s vise à :

- tester dans sa faisabilité et son efficacité une approche de solutions standardisées en réponse à des problèmes fréquents et potentiellement graves de sécurité des soins ;
- démontrer l'efficacité de cette standardisation. En effet, la standardisation des processus de soins appliquée au sein d'établissements de santé dans différents systèmes de santé et différents contextes culturels apparaît comme un des éléments clés du projet.

La précision informationnelle de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins du patient est un des axes prioritaires retenu par la France et quatre autres pays (Allemagne, Australie, États-Unis et Pays-Bas). Le projet a été dénommé *Medication Reconciliation*. La traduction française retenue dès 2009 par la HAS est « conciliation des traitements médicamenteux ». L'expression française est proche de l'expression américaine tout en perdant la connotation conflictuelle.

Pour réaliser ce projet sur une période de 5 ans, il a été demandé à 9 établissements volontaires de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé intitulé *Standard Operating Protocol of Medication Reconciliation* ou *SOP Med'Rec*. Les 5 années d'expérimentation (2010-2014) font l'objet d'un rapport présenté en deux versions, française et anglaise, remises à l'OMS. Il est publié sur le site de la HAS³⁶.

Les résultats confirment l'importance du problème en France ; 21 320 erreurs médicamenteuses sont interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences et conciliés à leur admission. En moyenne, pour un patient concilié ce sont une erreur médicamenteuse mais également un changement de traitement non documenté qui sont retrouvés lors de son admission en établissement de santé.

Concomitamment à l'expérience *Med'Rec*, la Direction générale de l'offre de soins réalise en 2015 une enquête nationale³⁷ pour connaître le déploiement de cette activité au sein des établissements de santé. Les résultats concernent 1 688 établissements de santé français répondants sur 2 537 (66,5 %). Parmi ces établissements, 363 auraient mis en œuvre la pratique de conciliation des traitements médicamenteux (21,5 %).

De très nombreuses publications françaises, sous forme de posters, communications orales et articles, sont recensées à ce jour (cf. [bibliographie](#)). Certaines soulignent l'intérêt d'un guide en raison des confusions encore faites parmi les professionnels sur le sujet. D'autres en raison de la qualité de leur méthodologie ont servi à son élaboration.

36. www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=has+rapport+d%27exp%C3%A9rimentation+medication+reconciliation.

37. Instruction DGOS/PF2/2015/65, relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation dans les établissements de santé.

► L'expérience des États-Unis

Le rapport de l'*Institute of Medicine* « *To Err is Human* » a été publié en 1999. Il a fortement incité les instances et les professionnels de santé à engager une réflexion sur la survenue des événements indésirables graves dans le parcours de soins du patient³⁸. Les erreurs médicamenteuses sont une des causes majeures de ces événements. Une grande partie d'entre elles survient à l'admission et la sortie du patient hospitalisé (46 %) ³⁹. Parmi les stratégies de terrain adoptées pour réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse, la conciliation des traitements médicamenteux occupe une place importante dans les programmes de sécurisation des soins délivrés aux patients^{40,41,42}.

L'expression *Medication Reconciliation* est apparue dès 2001 dans les publications américaines et a été promue en premier par l'*Institute for Healthcare Improvement* à l'issue de travaux réalisés en collaboration avec des établissements de santé^{43,44,45,46,47}.

La conciliation des traitements médicamenteux répond à un constat. Les écarts entre le traitement habituel des patients et l'ordonnance établie à leur admission sont observés chez 30 à 70 % des patients hospitalisés. Ces écarts sont la conséquence d'une transmission défaillante des informations entre les professionnels des soins primaires et les hospitaliers. L'omission d'un médicament pris par le patient à son domicile est le principal type de discordance signalée à l'instar de ce qui est constaté en France. Dès 2003 une étude souligne concomitamment la vulnérabilité de l'organisation de la sortie des patients ; un événement indésirable médicamenteux survient chez 12 % des patients dans les 15 jours qui suivent leur sortie d'hospitalisation⁴⁸.

En 2009, la *Joint Commission* a inscrit la conciliation des traitements médicamenteux dans ses *National Patient Safety Goals*. Mais à ce jour, le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements de santé américains n'a pas encore été évalué. Néanmoins, les publications d'une part et les outils mis au point et diffusés par les équipes hospitalières d'autre part sont très nombreux (cf. [bibliographie](#)). Ils concernent des prises en charge très variées : soins intensifs, dialyse, pédiatrie, gériatrie, patients de médecine et de chirurgie, etc.

Pour contribuer à diminuer le recours à l'hospitalisation précoce, la conciliation des traitements médicamenteux doit être associée à d'autres démarches^{49,50}. Aussi la politique de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé américains va tendre vers :

- la systématisation de la mise en place de stratégies d'intervention aux points de transition que sont l'admission et la sortie du patient pour réduire les événements indésirables et le recours à l'hospitalisation. Ce dernier comprend les passages aux urgences et réadmissions après sortie ;
- le renforcement de l'implication des patients dans leur prise en charge, la création d'équipes de soins dédiées à la mise en œuvre des stratégies de liaison ville-hôpital, la conciliation des traitements médicamenteux et la systématisation des informations aux professionnels de soins de premier recours ;
- la structuration des échanges avant ET après hospitalisation entre patients et équipes chargées des interventions garantissant la liaison ville-hôpital.

Récemment l'étude MARQUIS⁵¹ a évalué le retour sur investissement de la conciliation des traitements médicamenteux dans les pratiques hospitalières. L'évaluation a établi un rapport entre le coût de production pharmaceutique de l'acte de conciliation et le coût d'une erreur médicamenteuse pouvant avoir de graves conséquences pour le patient (4 655 \$). Les économies réalisées exprimées en \$ sont remarquables dans le sens d'un bénéfice pour la collectivité.

L'expérience des États-Unis a fortement aidé les équipes françaises à comprendre le processus de conciliation des traitements médicamenteux, son intérêt, l'impact en termes de prévention des erreurs médicamenteuses et son évaluation, tout en appréhendant ses limites.

38. L Kohn *et al.* *To Err is Human: Building a Safer Health System*. 2000.

39. Institute for Healthcare Improvement. *100K Lives Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)*. 2009.

40. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. *Reconciling Medications. Safe Practice Recommendations and Implementation Tools*. 2002.

41. American Society of Health-System Pharmacists. *Medication Reconciliation Handbook*. 2006 & 2009.

42. American Medical Association. *The Physician's Role in Medication Reconciliation: Issues, Strategies and Safety Principles*. 2007.

43. D Rozich *et al.* *Medication Safety: One organization's Approach to the Challenge*. 2001.

44. RD Michels *et al.* *Program Using Pharmacy Technicians to Obtain Medication Histories*. 2002.

45. P Pronovost *et al.* *Medication Reconciliation: a Practical Tool to Reduce the Risk of Medication Errors*. 2003.

46. KM Gleason *et al.* *Reconciliation of Discrepancies in Medication Histories and Admission Orders of Newly Hospitalized Patients*. 2004.

47. C Sullivan. *Medication reconciliation in the acute care setting: Opportunity and Challenge for Nursing*. 2007.

48. AJ Foster *et al.* *The Incidence and Severity of Adverse Drug Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital*. 2003.

49. Kwan *et al.* *Medication Reconciliation during Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review*. 2013.

50. S Rennke *et al.* *Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review*. 2013.

51. Society of Hospital Medicine. *MARQUIS Implementation Manual. A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement*. 2014.

► L'expérience canadienne⁵²

Au Canada, le « Bilan comparatif des médicaments » correspond au terme « conciliation des traitements médicamenteux » utilisé en France. Il est depuis 2006 une pratique organisationnelle requise rendue obligatoire par l'Agrément Canada. Ce dernier est un organisme à but non lucratif ayant pour mandat de veiller à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins offerts aux patients. Cet organisme évalue tous les 4 ans chaque établissement de santé afin de s'assurer qu'ils évoluent dans l'implantation du bilan médicamenteux comparatif⁵³.

Ce processus est mis en place en milieu hospitalier, en centre hospitalier de soins de longue durée ainsi que dans les cliniques ambulatoires. Lors d'un séjour hospitalier, il est réalisé à l'admission, au transfert du patient (de service ou d'hôpital) et à son départ de l'institution. Il s'agit de trois moments clés au cours desquels le bilan comparatif des médicaments contribue à améliorer la sécurité des patients.

Bon nombre de centres hospitaliers canadiens ont confié aux assistants techniques en pharmacie (préparateurs en pharmacie) la réalisation du bilan comparatif des médicaments puisque ces professionnels de santé ont une bonne connaissance des médicaments (noms, classes et reconnaissance visuelle)⁵⁴. De leur côté, les pharmaciens ont davantage de temps qu'ils mettent à profit pour apporter une véritable contribution en tant qu'experts du médicament dans les soins pharmaceutiques. En 2009, une équipe de pharmacie de Moncton au Nouveau-Brunswick a démontré que les meilleures histoires pharmacothérapeutiques possibles (MHPP) réalisées par les assistants techniques en pharmacie étaient aussi complètes et exactes que celles réalisées par des pharmaciens⁵⁵. D'autres établissements comme la clinique externe d'hémodialyse de l'hôpital général de Montréal ont réussi à implanter le bilan médicamenteux comparatif à l'aide de leurs infirmiers.

Au Québec et dans les autres provinces canadiennes, le facteur limitant réside dans la nécessité d'un système d'information communiquant le bilan comparatif médicamenteux électronique aux différents logiciels utilisés en milieu hospitalier.

Au Canada, les établissements ont accès, dans la plupart des provinces, à une banque de données sur les médicaments des usagers du système de santé. Au Québec, cette banque de données est appelée Dossier de santé du Québec. Prochainement, ce système pourrait communiquer de l'information aux logiciels qui formalisent le bilan comparatif médicamenteux et ainsi pré-rendre l'histoire pharmacothérapeutique. Ces logiciels devraient également permettre une traçabilité de l'utilisation du bilan par les différents intervenants dans les différents services.

52. D'après les propos recueillis auprès du Dr Isabelle COUTURE, pharmacien responsable au CUSM : l'expérience de l'hôpital général de Montréal (HGM) appartenant au centre universitaire de santé de McGill (CUSM).

53. Agrément Canada. Profil de l'organisme. <https://accreditation.ca/fr/profil-de-l-organisme> (consulté le 1^{er} mars 2016).

54. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health-Syst Pharm* 2003; 60: 1982-6.

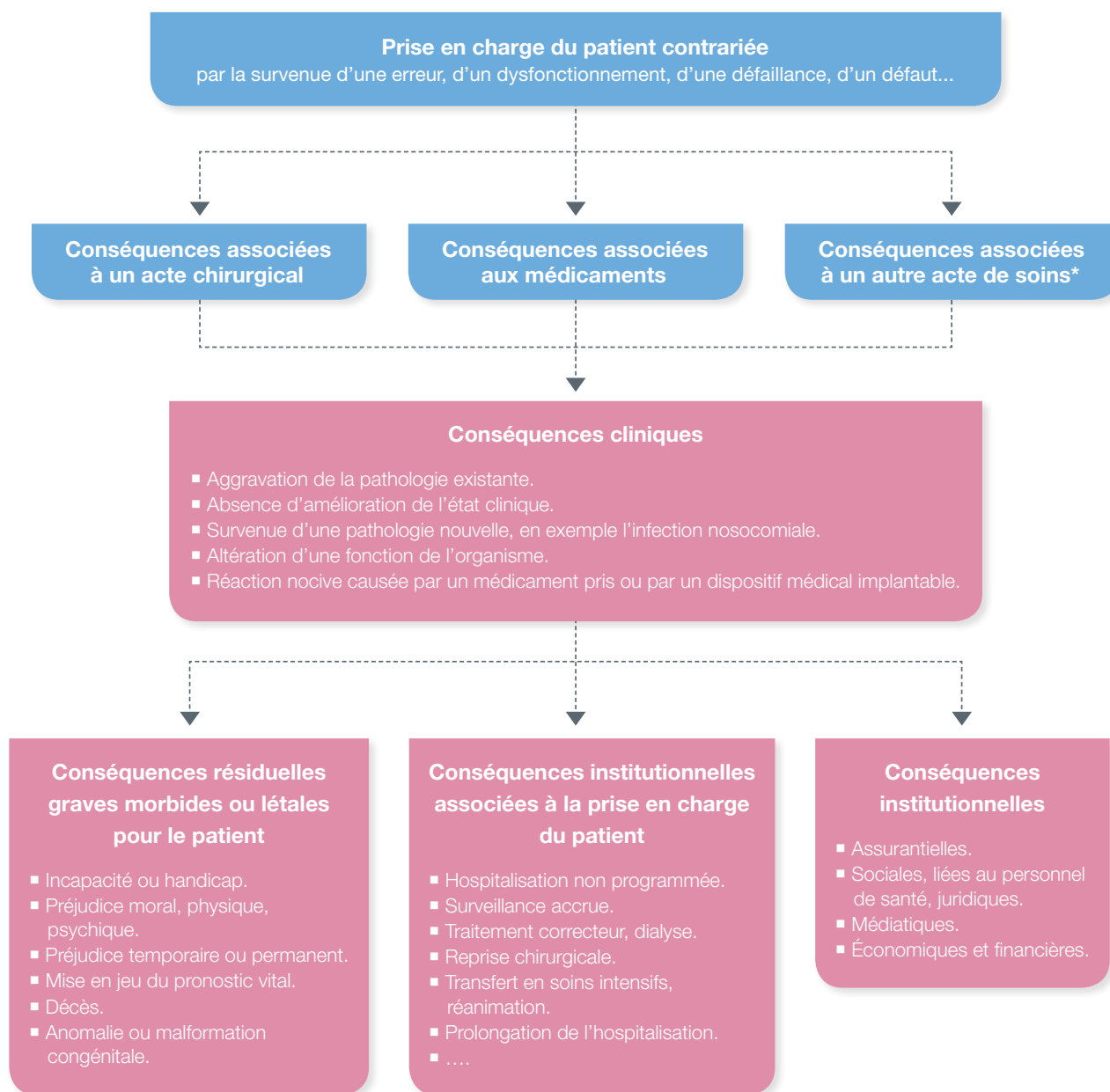
55. Johnston R, Saulnier L and Gould O. Best possible medication history in the emergency department: Comparing pharmacy technicians and pharmacist. *Can J Hosp Pharm* 2010; 63(5): 359-365.

Annexe 3. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et des erreurs médicamenteuses

La conciliation des traitements médicamenteux a un impact direct [la diminution des erreurs médicamenteuses dans les traitements mis en œuvre] sur la qualité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

Elle permet la prévention et l'interception des erreurs médicamenteuses qui peuvent avoir pour le patient des conséquences cliniques délétères. Elles peuvent être à l'origine d'autres conséquences notamment de type institutionnel.

Figure 4. L'expression des événements indésirables lors de la prise en charge du patient



* Radiothérapie, transfusion, soins infirmiers, thérapie cellulaire, kinésithérapie...

Les erreurs médicamenteuses détectées lors de la conciliation des traitements médicamenteux ne doivent pas être dénommées « erreurs de prescription », mais « erreurs de transmission d'information ». Dans la littérature le terme d'erreurs d'anamnèse est également utilisé.

La transmission des informations entre les professionnels de ville et hospitaliers doit être considérée comme l'étape initiale de survenue des erreurs. Les défauts au cours de cette transmission génèrent des erreurs médicamenteuses détectées grâce à la conciliation des traitements médicamenteux. Sans interception, celles-ci affecteront les étapes suivantes de la prise en charge médicamenteuse du patient : prescription puis dispensation et administration. À la sortie du patient, elles se poursuivront au cours des soins primaires. C'est au moment de l'échange collaboratif médico-pharmaceutique imposé par la conciliation des traitements médicamenteux que les erreurs médicamenteuses sont corrigées et que l'optimisation de la prescription s'opère.

Le nombre d'erreurs médicamenteuses interceptées lors de la conciliation des traitements médicamenteux est une information qui peut être relevée pour la construction d'indicateurs. Elle renseigne l'impact clinique de la conciliation des traitements médicamenteux et démontre son intérêt.

L'erreur médicamenteuse se caractérise selon sept éléments signifiants dont les produits de santé impliqués, la nature de l'erreur et le niveau de gravité de l'erreur⁵⁶.

Il y a sept natures d'erreur : l'erreur de patient, l'erreur par omission, l'erreur de médicament, l'erreur de dose avec surdose ou sous-dose, l'erreur de modalité d'administration, l'erreur de moment d'administration et l'erreur de durée d'administration (tableau 9).

Tableau 9. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature

Nature de l'EM	Nature détaillée de l'EM **
Erreur de patient	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de personne. ■ Erreur dans le support d'identification.
Erreur par omission	
Erreur de médicament	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de protocole thérapeutique. ■ Erreur de principe actif. ■ Erreur de forme galénique. ■ Erreur par redondance. ■ Erreur par ajout injustifié. ■ Erreur par contre-indication absolue. ■ Erreur par utilisation d'un médicament périmé.
Erreur de dose Sous-dose Surdose	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur dans le dosage du médicament. ■ Erreur de posologie. ■ Erreur de concentration. ■ Erreur de volume. ■ Erreur de débit de perfusion.
Erreur de modalité d'administration	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de voie d'administration. ■ Erreur de durée de perfusion. ■ Erreur de technique d'administration.
Erreur de moment de prise	
Erreur de durée du traitement	

*EM : erreur médicamenteuse ; ** Nature détaillée de l'EM : la liste n'est pas exhaustive

56. SFPC. LA REMED ou Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014.

Dans les publications internationales et nationales, la principale nature des erreurs interceptées grâce à la conciliation des traitements médicamenteux est l'omission d'un médicament, s'ensuivent les erreurs de dose. Les médicaments le plus souvent impliqués sont les médicaments cardio-vasculaires et les agents antithrombotiques⁵⁷. Néanmoins la classe thérapeutique impliquée est influencée par le type d'établissement ou de secteur d'activité clinique étudié.

L'échelle de gravité comporte cinq niveaux : mineure, significative, majeure, critique et catastrophique (tableau 10). Elle est adaptée de l'échelle de gravité promue par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la gestion des risques et de la sécurité des patients⁵⁸. Cette même échelle peut être utilisée pour évaluer la gravité potentielle des conséquences d'une erreur, c'est-à-dire celle qui se serait exprimée si les professionnels ne l'avaient pas interceptée.

Tableau 10. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité

Niveau de gravité	Définition du niveau de gravité
Mineure	EM sans conséquence pour le patient.
Significative	EM avec surveillance indispensable pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui.
Majeure	EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible qui nécessite un traitement ou une intervention ou un transfert vers un (autre) établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier.
Critique	EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible.
Catastrophique	EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient.

L'outil *Med'Rec Kappa* est un autre outil qui permet de coter la gravité potentielle d'une erreur médicamenteuse. Son développement est basé sur une recherche documentaire et la création d'une liste de médicaments à haut risque adaptée spécifiquement à la conciliation des traitements médicamenteux. L'outil de cotation est présenté de façon détaillée dans le guide d'expérimentation *Med'Rec*⁵⁹.

La robustesse de l'outil a été évaluée *via* une étude multicentrique de concordance interétablissements réalisée à partir de la cotation de 145 erreurs médicamenteuses interceptées chez 70 patients. Cette étude s'est appuyée sur le calcul de coefficients de corrélation intra-classe. L'étude de concordance a révélé que les accords interévaluateurs entre les établissements investigateurs étaient dans la plupart des cas presque parfaits (ICC > 0,80). L'outil *Med'Rec Kappa* a été jugé satisfaisant par les médecins et pharmaciens utilisateurs⁶⁰.

57. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, *et al.* Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med* 2014;25(9):808-814. doi:10.1016/j.ejim.2014.09.012.

58. HAS. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. 2012.

59. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec*. 2015.

60. Doerper S *et al.* Development and Multicentre Evaluation of a Method for Assessing the Severity of Potential Harm of Medications. 2015.

Annexe 4. Évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux et du recours à l'hospitalisation

La conciliation des traitements médicamenteux a un impact indirect [la diminution du recours à l'hospitalisation] sur la qualité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

En France, les études ENEIS 2004 et 2009 montrent que respectivement 3,8 % et 4,5 % des hospitalisations en secteur médecine-chirurgie sont causés par des événements indésirables graves⁶¹. Le médicament est l'une des trois causes majeures d'hospitalisation. Une partie de ces séjours est considérée comme évitable, respectivement 1,1 % et 1,6 % des hospitalisations de médecine et chirurgie. Chez les sujets âgés, 21,7 % des hospitalisations sont causées par des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse⁶². Ces problèmes chez le sujet âgé sont la première cause de réhospitalisation, respectivement 36 % et 40,4 % selon les études^{63,64}.

Il n'existe pas de stratégie de référence concernant la sécurisation de la transition ville-hôpital dans le parcours de soins du patient. Néanmoins, dans la synthèse bibliographique de la Haute Autorité de Santé portant sur les réhospitalisations évitables des personnes âgées, il est précisé que la mise en œuvre d'action isolée n'est pas efficace pour réduire le risque de réhospitalisation précoce^{65,66}. Pour autant, ni les actions indispensables ni les actions complémentaires à mettre en place ne sont encore énoncées à ce jour.

Trois études sont présentées pour aider à la réflexion sur l'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux. Deux études à l'étranger et une étude en France décrivent l'association de plusieurs interventions comme efficaces pour diminuer le recours à l'hospitalisation. Dans ces études la conciliation des traitements médicamenteux est mise en exergue.

La plus ancienne de ces études est celle de B.W Jack *et al.* Elle a été conduite à l'hôpital universitaire de Boston aux États-Unis qui applique le programme RED (*ReEngineered hospital Discharge program*) depuis 2004. L'étude est monocentrique randomisée ouverte, intervention *versus* soins courants. Entre janvier 2006 et octobre 2007, elle inclut 700 patients hospitalisés de façon non programmée quel que soit leur âge (moyenne : 46 et 50 ans selon le groupe). Elle montre une diminution de 30,5 % du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie du patient ($p < 0,01$). B.W Jack *et al.* estiment que l'intervention permet d'économiser 412\$ par patient pris en charge soit une réduction des coûts directs de 34 % dans le groupe intervention. Le programme RED associe infirmière, assistante sociale et pharmacien et enchaîne 13 actions dont notamment la conciliation des traitements médicamenteux associée à l'éducation thérapeutique du patient et la révision des prescriptions en termes de pertinence⁶⁷.

La deuxième étude concerne l'intervention OMAGE (*Optimization of Medication in AGEd*). Conduite en France et multicentrique, l'étude évalue le recours à l'hospitalisation chez les patients âgés en moyenne de 86 ans hospitalisés en service de gériatrie aiguë. L'étude est randomisée ouverte avec un consentement des patients selon le schéma Zelen. Entre avril 2007 et octobre 2008, 665 patients sont inclus. Legrain a montré une diminution du recours à l'hospitalisation à 90 jours ($p < 0,1$) et à 180 jours (NS). Une analyse *post hoc* des économies engendrées par la mise en œuvre de l'intervention OMAGE montre un résultat de 512 € de coûts directs économisés par patient. L'intervention OMAGE est assurée par un gériatre indépendant du service d'hospitalisation du patient. Elle associe à la conciliation des traitements médicamenteux l'optimisation thérapeutique et l'éducation du patient⁶⁸.

La troisième stratégie de référence est américaine. Au centre hospitalier universitaire de Chicago, une étude monocentrique est réalisée en simple aveugle, randomisée, intervention *versus* soins courants. Les patients concernés sont ceux admis dans 3 services de médecine interne entre novembre 2012 et juin 2013. Sont inclus 341 patients âgés en moyenne de 55 ans. Phatak *et al.* montrent une diminution de 36 % ($p < 0,001$) du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie du patient. L'intervention proposée est assurée par un pharmacien secondé par des étudiants en pharmacie. Elle associe notamment la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie avec interview du patient, l'éducation du patient sur les médicaments à prendre à la sortie et la délivrance d'un plan de prise médicamenteux individualisé⁶⁹.

61. P Michel *et al.* Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 & 2004. 2010.

62. J Ankri *et al.* Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société* 2002 ;4(103):93-13.

63. Chayé *et al.* Hospital readmission induced by adverse drug reaction: a pilot study in a post-emergency unit of a French university hospital. *Rev Med Interne*. 2015;36(7):450-6

64. Bonnet-Zamponi *et al.* Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multi-center randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2013 ;61(1):113-21.

65. HAS. Comment éviter les réhospitalisations évitables chez le sujet âgé ? 2013.

66. S Rennke *et al.* Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. 2013.

67. B.W Jack *et al.* A Re-engineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. 2009.

68. S Legrain *et al.* A New Multimodal Geriatric Discharge-planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalization of Older Adults. 2011.

69. Phatak *et al.* Impact of Pharmacist Involvement in the Transitional Care of High-Risk Patients Through Medication Reconciliation, Medication Education, and Postdischarge Call-Backs (PITCH Study). *Journal of Hospital Medicine* 2016 ; Vol 11:1.


Lexique

Bilan médicamenteux

Medication Check List, Medication History, Best Possible Medication History

Le bilan médicamenteux est un état des lieux à un instant donné des médicaments d'un patient. Il est le résultat d'une synthèse des informations recueillies sur les médicaments d'un patient. Y sont précisés pour chaque médicament le nom commercial ou la dénomination commune, le dosage, la forme galénique, la posologie (dose, rythme, horaires), la voie d'administration, et si besoin le nom du laboratoire. Il est complété par tout autre produit de santé (produit diététique, dispositif médical, etc.). Les sources d'information analysées, au minimum 3, voire autant que de besoin, sont également mentionnées.

Un bilan médicamenteux établit la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou spécialiste ou qu'ils soient pris en automédication.

Le bilan médicamenteux n'est pas une ordonnance. Il n'est pas un bilan de médication, il n'est pas un bilan partagé de médication⁷⁰. 

1. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec* de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.

Conciliation des traitements médicamenteux

Medication Reconciliation

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. L'usage a également consacré l'expression « conciliation médicamenteuse ».

1. HAS. Décision du Collège. Mars 2015.
2. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec* de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.

Conciliation proactive des traitements médicamenteux

Proactive Medication Reconciliation Process

La conciliation des traitements médicamenteux est dite proactive lorsque le bilan médicamenteux du patient est établi avant rédaction de toute ordonnance. Le médecin prend en compte le bilan médicamenteux, en tant que de besoin, dans sa prescription. La conciliation proactive des traitements médicamenteux prévient la survenue d'erreurs médicamenteuses associées à un défaut de transmission des informations sur les médicaments du patient.

3. *Getting Starting Kit - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation Action on Patient Safety (High 5s) – Medication Reconciliation, WHO, World Alliance for Patient Safety. 2010 ; Volume 1.*
4. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec* de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.

Conciliation médicamenteuse rétroactive des traitements médicamenteux

Retroactive Medication Reconciliation process

La conciliation des traitements médicamenteux est dite rétroactive lorsque le bilan médicamenteux est établi et pris en compte après la rédaction de toute ordonnance. La conciliation rétroactive des traitements médicamenteux permet alors d'intercepter et de corriger d'éventuelles divergences (écarts) entre le bilan et l'ordonnance en cours associées à un défaut de transmission des informations sur les médicaments du patient.

1. *Getting Starting Kit - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation Action on Patient Safety (High 5s) – Medication Reconciliation, WHO, World Alliance for Patient Safety. 2010 ; Volume 1.*
2. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec* de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.

70. Cf. définitions page 13, notes de bas de page n° 16.

Divergence

Discrepancy, Intentional Discrepancy, Intended Discrepancy, Unintentional Discrepancy, Unintended Discrepancy

Écart de situation pour un médicament donné entre ce qui figure dans les différentes sources d'information et le bilan médicamenteux, ou encore entre le bilan médicamenteux et la prescription en cours. La situation observée est un arrêt, un ajout, une modification du médicament (dose, rythme de prise, molécule, modalités d'administration, etc.). Une divergence lorsqu'elle est documentée n'est pas un problème en soi. Seule une divergence qui ne bénéficie d'aucun commentaire explicite ou implicite du prescripteur intéresse le processus de conciliation des traitements médicamenteux. Elle est dénommée divergence non documentée. Elle présente soit un caractère « voulu » par le prescripteur (divergence intentionnelle), soit « non voulu » (divergence non intentionnelle).

La divergence non documentée intentionnelle doit être renseignée au cours de la conciliation des traitements médicamenteux. La divergence non intentionnelle, encore dénommée erreur médicamenteuse, doit être corrigée au cours de la conciliation des traitements médicamenteux. Dans la littérature, les termes « écart » et « discordance » sont également utilisés. L'expression « erreur médicamenteuse » ne s'applique qu'aux divergences non intentionnelles.

1. Définition adaptée de « divergence » : différence, désaccord entre opinions - Dictionnaire Larousse.
Synonyme : contradiction.
2. *Institute for Healthcare Improvement. Getting Starting Kit - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care (Medication Reconciliation), Cambridge 2005.*
3. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Medication Reconciliation Handbook. 2006:226.*
4. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Medication Reconciliation Handbook. 2009:260.*
5. *Cornish PL, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. 2005 ;165 :424-9.*

Documents de conciliation des traitements médicamenteux

Deed Box for Medication Reconciliation

Ensemble de supports manuscrits ou de fichiers électroniques utilisés pour conduire, organiser, tracer la conciliation des traitements médicamenteux d'un patient dans la pratique de soin.

Certains documents sont essentiels pour rendre la pratique de conciliation des traitements médicamenteux effective :

- le support de recueil des informations sur les médicaments du patient ;
- le support dans lequel figure le résultat de la comparaison du bilan à la prescription ;
- le support qui assure la transmission des informations aux professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient.

Le(s) support(s) utilisé(s) lors de la conciliation des traitements médicamenteux d'un patient – quel que soit le point de transition – est (sont) archivé(s) dans le dossier du patient, que celui-ci soit papier ou informatisé.

1. HAS. Manuel de certification 2014.
2. HAS. Rapport d'expérimentation *Med'Rec* de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.

Échange collaboratif médico-pharmaceutique

L'échange collaboratif entre le médecin et le pharmacien est un dialogue en vue de garantir la bonne continuité et la pertinence des traitements médicamenteux au regard de données médico-pharmaceutiques actualisées, dont le bilan médicamenteux, la situation médicale du patient et les référentiels. Le dialogue porte sur les divergences non documentées et sur les problèmes liés à la thérapeutique en lien avec la clinique du patient. La conclusion de l'échange est formalisée et tracée dans le dossier patient.

Erreur médicamenteuse⁷¹

Medication Error, Drug Error

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse peut être avérée ou potentielle.

1. SFPC. Dictionnaire de l'erreur médicamenteuse. Édition 2005.
2. AFSSAPS. Guichet erreurs médicamenteuses - Présentation et bilan depuis la mise en place - Juin 2009.

71. 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, ORF n° 0090 du 16 avril 2011 page 6687, texte n° 14, NOR: ETSH1109848A.

Interception de l'erreur médicamenteuse

Interception of Medication Error

Action d'amélioration mise en place pour interrompre dans son cours le processus de prise en charge médicamenteuse d'un patient en raison de la présence d'une erreur médicamenteuse et pour faciliter sa correction. Elle a pour impact de diminuer la probabilité d'occurrence des conséquences associées à l'erreur médicamenteuse.

Les actions d'amélioration se déclinent en actions de prévention, d'interception et de récupération.

1. Société française de pharmacie clinique. La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014.

Points de transition

Transition points, Admission, Transfer, Discharge

Moment déterminé du parcours de soins au cours duquel le patient passe d'un lieu/système à un autre induisant un changement de responsabilité dans sa prise en charge.

Trois points de transition sont identifiés :

- l'admission du patient correspond à son entrée dans une structure de soins : établissement sanitaire ou établissement médico-social ;
- le transfert du patient est le passage d'une unité ou d'un service de soins à un(e) autre, d'un praticien libéral à un autre ou d'un établissement vers un autre établissement sanitaire ou médico-social ;
- la sortie du patient correspond à son retour à domicile.

3. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. 2006:226.

4. JCAHO. Medication Reconciliation Handbook. 2009:260.

Prévention de l'erreur médicamenteuse

Prevention of Medication Error

Action d'amélioration mise en place pour éviter la survenue d'une erreur médicamenteuse au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle a pour impact de diminuer la probabilité d'occurrence de l'erreur médicamenteuse.

Les actions d'amélioration se déclinent en actions de prévention, d'interception et de récupération.

1. Société française de pharmacie clinique. La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014.

Traitement personnel

Current Home Medication, Green Bag

Le traitement personnel d'un patient se définit comme l'ensemble des médicaments habituels du patient en cours et identifiés à un instant donné.

En milieu hospitalier, l'expression « traitement personnel » intègre une notion supplémentaire qui désigne les médicaments apportés par le patient lors de son hospitalisation.

Expression consacrée par l'usage mais qui traduit un pléonasme dans la langue française.

1. HAS. Manuel de certification 2014. Référence 20 « La prise en charge médicamenteuse du patient ».

2. SFAR. Modalités de prescription du traitement habituel du patient hospitalisé. Recommandations du 27 octobre 2014.

Bibliographie sur la conciliation des traitements médicamenteux

Principes de la recherche bibliographique

AAu-delà de la bibliographie générale, les références proposées sont celles retrouvées dans les revues systématiques qui ont été publiées sur le thème de la conciliation des traitements médicamenteux. Elles sont complétées :

- d'une part, par quelques références d'études publiées dans des revues sans distinction de l'*impact factor* afin d'encourager le partage des expériences au sein des établissements de santé français ;
- et d'autre part, par les principales communications affichées des neuf établissements de santé français ayant participé à l'expérimentation *Medication Reconciliation* du projet des *High 5s* de l'Organisation mondiale de la santé, placée sous l'égide de la Haute Autorité de Santé.

Neuf rubriques sont définies qui regroupent les références de leur domaine :

- références générales [1-8] ;
- références sur des études impliquant un pharmacien hospitalier [9-58] ;
- références sur des études en soins primaires [59-66] ;
- références sur des études en EHPAD et soins à domicile [67-68] ;
- références sur des études qui utilisent des outils informatiques [69-74] ;
- références sur des études qui associent d'autres méthodes à la conciliation des traitements médicamenteux [75-82] ;
- références sur des notions de classification [83-90] ;
- références issues des revues systématiques [91-97].
- communications affichées de l'expérimentation *Med'Rec* des équipes françaises [98-105].

Références

► Références générales

1. Joint Commission. Sentinel Event Alert Using medication reconciliation to prevent errors. Issue 35 - January 25, 2006. www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF
2. Haute Autorité de Santé. Initiative des High 5s. Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Septembre 2015. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2575563/en/decision-n-2015-0195/dc/msp-du-2-septembre-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-le-document-intitule-initiative-des-high-5s-medication-reconciliation-rapport-d-experimentation-sur-la-mise-en-oeuvre-de-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-par-neuf-etablissements-de-sante-francais
3. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse bibliographique. « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Avril 2013. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
4. American society of health-system pharmacists. Joint Commission Resources. Medication Reconciliation Handbook. Second Edition. 2009. www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/MRH09_Sample_Pages.pdf
5. Société française de pharmacie clinique. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Guide de gestion des risques associés aux produits de santé. Novembre 2013. www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc-fiche-conciliation-medicamenteuse/0.html
6. Société française de pharmacie clinique. La REMED. La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014. www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/remed.html
7. Société française de pharmacie clinique. Fiche mémo. Préconisations pour la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux. Décembre 2015.

8. Fondation Sécurité des patients Suisse. Vérification systématique de la médication des hôpitaux de soins aigus. Recommandations pilotes dans le cadre du programme pilote Progress ! La sécurité de la médication aux interfaces. 2015. www.patientsicherheit.ch/fr/th-mes/Programmes-pilotes-progress-/progress---La-s-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html

► **Références sur des études impliquant un pharmacien hospitalier**

Elles comprennent des études à l'admission, admission + sortie, transitions et post-hospitalisation.

9. Andreoli L, Alexandra JF, Tesmoingt C, *et al.* Medication reconciliation: a prospective study in an internal medicine unit. *Drugs Aging* 2014;31(5):387-93.
10. Becerra-Camargo J, Martinez-Martinez F, Garcia-Jimenez E. A multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study of the effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department. *BMC Health Serv Res* 2013;13:337.
11. Beckett RD, Crank CW, Wehmeyer A. Effectiveness and feasibility of pharmacist-led admission medication reconciliation for geriatric patients. *J Pharm Pract* 2012;25(2):136-41.
12. Bolas H, Brookes K, Scott M, McElnay J. Evaluation of a hospital-based community liaison pharmacy service in Northern Ireland. *Pharm World Sci PWS* 2004;26(2):114-20.
13. Bonhomme J, Dony A, Baum T, *et al.* La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé : de la fiabilité des sources d'information. *Risques et Qualité en milieu de soins* 2014;10(4):239-45.
14. Boso-Ribelles V, Montero-Hernandez M, *et al.* Evaluation of a plan for cardiology medication reconciliation on admission, and patient information at discharge, in a teaching hospital. *EJHP Practice* 2011;17:2011-30.
15. Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, *et al.* Impact of a Clinical Pharmacy Admission Medication Reconciliation Program on Medication Errors in "High-Risk" Patients. *Ann Pharmacother* 2013;47(12):1599-610.
16. Climente-Martí M, *et al.* Potential risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service. *Ann Pharmacother* 2010;44(11): 1747-54.
17. Cornish PL, Knowles SR, Marcheso R, *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005 ;165:424-9.
18. Curatolo N, Gutermann L, Devaquet N, *et al.* Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation. *Int J Clin Pharm* 2015;37(1):113-20.
19. De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, *et al.* Pharmacist-versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(5):371-5.
20. De Winter S, Vanbrabant P, Spriet I, *et al.* A simple tool to improve medication reconciliation at the emergency department. *Eur J Intern Med* 2011;(22) :382-5.
21. Doerper S, Morice S, Piney D, *et al.* La conciliation des traitements médicamenteux: logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2013;48(3):153-60.
22. Dufay E, Morice S, Dony A, *et al.* The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital - a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm* 2016;23:207-12.
23. Dufay E, Baum T, Doerper S, *et al.* Conciliation des traitements médicamenteux : détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques et Qualité en milieu de soins* 2011;8(2):130-8.
24. Eggink RN, Lenderink AW, Widdershoven JWMG, van den Bemt PMLA. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci PWS* 2010;32(6):759-66.
25. Farley TM, Shelsky C, Powell S, *et al.* Effect of clinical pharmacist intervention on medication discrepancies following hospital discharge. *Int J Clin Pharm* 2014;36(2):430-7.
26. Fertleman M, Barnett N, Patel T. Improving medication management for patients: the effect of a pharmacist on post-admission ward rounds. *Qual Saf Health Care* 2005;14(3):207-11.
27. Gardella JE, Cardwell TB, Nnadi M. Improving medication safety with accurate preadmission medication lists and post discharge education. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour* 2012;38(10):452-8.
28. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, *et al.* Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2010;25(5):441-7.
29. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, *et al.* Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61:1689-95.

30. Hellström LM, Höglund P, Bondesson A, *et al.* Clinical implementation of systematic medication reconciliation and review as part of the Lund Integrated Medicines Management model-impact on all-cause emergency department revisits. *J Clin Pharm Ther* 2012;37(6):686-92.
31. Becerra J, Martinez F, Garcia-Jimenez E. A multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study of the effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department. *BMC Health Services Research* 2013;13:337.
32. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm* 2010; 63(5): 359-65.
33. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, *et al.* The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med.* 2011;105:S60-6.
34. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, *et al.* Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med.* 2009;4(4):211-8.
35. Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK, *et al.* Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2012;157(1):1-10.
36. Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, *et al.* Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Intern Med.* 2007;167(10):1034-40.
37. Lambert Kuhn E, Levêque D, Lioure B, Gourieux B, Billbault P. Adverse event potentially due to an interaction between ibuprofen and verapamil: a case report. *J Clin Pharm Ther.* 2016 Feb;41(1):104-5. doi: 10.1111/jcpt.12355.
38. Lancaster JW, Grgurich PE. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *Am J Pharm Educ.* 2014; 78(2).
39. Lee Y-Y, Kuo L-N, Chiang Y-C, *et al.* Pharmacist-conducted medication reconciliation at hospital admission using information technology in Taiwan. *Int J Med Inf.* 2013;82(6):522-7.
40. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, *et al.* Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med* 2014;25(9):808-14.
41. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:740-3.
42. Lisby M, Thomsen A, Nielsen LP, *et al.* The effect of systematic medication review in elderly patients admitted to an acute ward of internal medicine. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2010;106(5):422-7.
43. Marotti SB, Kerridge RK, Grimer MD. A randomised controlled trial of pharmacist medication histories and supplementary prescribing on medication errors in postoperative medications. *Anaesth Intensive Care* 2011;39(6):1064-70.
44. Mergenhagen KA, Blum SS, Kugler A, *et al.* Pharmacist-versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2012; 10(4): 242-50.
45. Meguerditchian AN, Krotneva S, Reidel K, *et al.* Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):485.
46. Michel B, Quelennec B, Andres E. Medication reconciliation practices and potential clinical impact of unintentional discrepancies. *JAMA Intern Med* 2013;173(3):246-7.
47. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60(19):1982-6.
48. Mills PR, McGuffie AC. Formal medicine reconciliation within the emergency department reduces the medication error rates for emergency admissions. *Emerg Med J EMJ* 2010;27(12):911-5.
49. Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, Saulnier L. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthc Q Tor Ont* 2005;8 Spec No:65-72.
50. Pal A, Babbott S, Wilkinson ST. Can the targeted use of a discharge pharmacist significantly decrease 30-day readmissions? *Hosp Pharm* 2013;48(5):380-8.
51. Phatak A, Prusi R, Ward B, *et al.* Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med* 2016;11(1):39-44.
52. Salanitro AH, Osborn CY, Schnipper JL, *et al.* Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors. *J Gen Intern Med* 2012;27(8):924-32.
53. van den Bermt PM, van den Broek S, van Nunen AK, Harbers JB, Lenderink AW. Medication reconciliation performed by pharmacy technicians at the time of preoperative screening. *Ann Pharmacother* 2009;43(5):868-74.

54. van den Bemt PM, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AM, Pol AG, Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(8):1262-8.
55. Vasileff HM, Whitten LE, Pink JA, Goldsworthy SJ, Angley MT. The effect on medication errors of pharmacists charting medication in an emergency department. *Pharm World Sci PWS* 2009;31(3):373-9.
56. Villanyi D, Fok M, Wong RYM. Medication reconciliation: identifying medication discrepancies in acutely ill hospitalized older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011;9(5):339-44.
57. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):122-6.
58. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JNT, *et al.* Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study. *Arch Intern Med* 2009;169(21):2003-10.

► **Références sur des études en soins primaires**

59. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005;165(16):1842-7.
60. Hawes EM, Maxwell WD, White SF, Mangun J, Lin F-C. Impact of an outpatient pharmacist intervention on medication discrepancies and health care resource utilization in posthospitalization care transitions. *J Prim Care Community Health* 2014;5(1):14-8.
61. Kilcup M, Schultz D, Carlson J, Wilson B. Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings. *J Am Pharm Assoc JAPhA* 2013;53(1):78-84.
62. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R, Hansen MA, Scheitel SM. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007;16(2):90-4.
63. Pourrat X, Corneau H, Floch S, *et al.* Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm* 2013;35(4):656-63.
64. Raynor DK, Nicolson M, Nunney J, Petty D, Vail A, Davies L. The development and evaluation of an extended adherence support programme by community pharmacists for elderly patients at home. *Int J Pharm Pract* 2000;8(3):157-64.
65. Setter SM, Corbett CF, Neumiller JJ, Gates BJ, Sclar DA, Sonnett TE. Effectiveness of a pharmacist-nurse intervention on resolving medication discrepancies for patients transitioning from hospital to home health care. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66(22):2027-31.
66. Varkey P, Cunningham J, Bisping DS. Improving medication reconciliation in the outpatient setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour* 2007;33(5):286-92.

► **Références sur des études en EHPAD et soins à domicile**

67. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65(10):1037-46.
68. Boockvar KS, Carlson LaCorte H, Giambanco V, Fridman B, Siu A. Medication reconciliation for reducing drug-discrepancy adverse events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(3):236-43.

► **Références sur des études qui utilisent des outils informatiques**

69. Agrawal A, Wu WY. Reducing medication errors and improving systems reliability using an electronic medication reconciliation system. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour* 2009;35(2):106-14.
70. Boockvar KS, Blum S, Kugler A, *et al.* Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Arch Intern Med* 2011;171(9):860-1.
71. Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, *et al.* Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother* 2010; 44: 1887-95.
72. Murphy EM, Oxencis CJ, Klauck JA, Meyer DA, Zimmerman JM. Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge. *Am J Health-Syst Pharm* 2009;66(23):2126-31.
73. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, *et al.* Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Arch Intern Med* 2009;169(8):771-80.
74. Showalter JW, Rafferty CM, Swallow NA, Dasilva KO, Chuang CH. Effect of standardized electronic discharge instructions on post-discharge hospital utilization. *J Gen Intern Med* 2011;26(7):718-23.

► Références sur des études qui associent d'autres méthodes à la conciliation

75. Chan AHY, Garratt E, Lawrence B, Turnbull N, Pratapsingh P, Black PN. Effect of education on the recording of medicines on admission to hospital. *J Gen Intern Med* 2010;25(6):537-42.
76. De Winter S, Vanbrabant P, Spriet I, *et al.* A simple tool to improve medication reconciliation at the emergency department. *Eur J Intern Med* 2011;22(4):382-5.
77. Feldman LS, Costa LL, Feroli ER, *et al.* Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med* 2012;7(5):396-401.
78. Hellström L, Bondesson Å, Höglund P, *et al.* Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67 (7); 741-52.
79. Midlöv P, Deierborg E, Holmdahl L, Höglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci PWS* 2008;30(6):840-5.
80. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, *et al.* Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:658-65.
81. Tessier EG, Henneman EA, Nathanson B, Plotkin K, Heelon M. Pharmacy-nursing intervention to improve accuracy and completeness of medication histories. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 2010;67(8):607-11.
82. Tompson AJ, Peterson GM, Jackson SL, Hughes JD, Raymond K. Utilizing community pharmacy dispensing records to disclose errors in hospital admission drug charts. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2012;50(9):639-46.

► Références sur des notions de classification

83. Almasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82(3):645-58..
84. Coffey M, Mack L, Streitenberger K, *et al.* Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. *Acad Pediatr* 2009;9:360-35.e361.
85. Doerper S, Godet J, Alexandra JF, *et al.* Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. *Eur J Intern Med* 2015; 26(7):491-7.
86. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, *et al.* Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med* 2010;5(8):477-85.
87. Hellström, Lina M., *et al.* Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Pharmacology and Toxicology* 2012;12.1:9.
88. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, *et al.* Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008;23:1414-22.
89. Quélenec B, Beretz L, Paya D, *et al.* Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med* 2013;24(6):530-5.
90. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, *et al.* Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* 2008;42:1373-9.

► Références issues des revues systématiques

91. Bayoumi I, Howard M, Holbrook AM, Schabert I. Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Ann Pharmacother* 2009;43(10):1667-75.
92. Chhabra PT, Rattinger GB, Dutcher SK, Hare ME, Parsons KL, Zuckerman IH. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. *Res Soc Adm Pharm RSAP* 2012;8(1):60-75.
93. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(5 Pt 2):397-403.
94. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JL. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 2014;48(10):1298-312.
95. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther* 2016;41(2):128-44.
96. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med* 2012;172(14):1057-69.
97. Geurts M, Talsma J, Brouwers J, *et al.* Medication review reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and benefit for the patient. *Br J Clin Pharmacol* 2012;74(1):16-33.

► **Communications affichées de l'expérimentation Med'Rec par les équipes françaises**

98. Berard V, Roussel-Galle MC, Ledoyen A, *et al.* Use a prospective risk analysis method to assess the medication reconciliation. Communication affichée au Steering Committee High5's WHO 2012.
99. Desbuquois AC, Lopes F, Aguerre C, Liebke A-M. Evaluation of the clinical impact of medicines reconciliation in the Compiègne hospital center after one year of experience. Communication affichée au congrès EAHP 2013.
100. Dony A, Vicens A, Doerper *et al.* Starting the Business Case for Medication Reconciliation: Analysis of Return on Investment for 9 French Facilities. Communication affichée au congrès International Forum on Quality and Safety in Healthcare 2016.
101. Gauton M, Megne-Wabo M, Mosnier-Thoumas S, *et al.* Harmonisation of medication reconciliation processes in a teaching hospital center: assessment at six months. Communication affichée au congrès European Society of Clinical Pharmacy 2014.
102. Long K, Fercocq C, Alexandra JF, Andreoli L, *et al.* Medication reconciliation at Bichat Claude Bernard hospital, a french university hospital in Paris. Communication affichée au Steering Committee High5's WHO 2012.
103. Moulis M, Gibert P, Payen M, *et al.* Can we better keep treatment modification made in hospitalized elderly with pharmaceutical conciliation at discharge? Communication affichée au European Symposium on Clinical Pharmacy 2013.
104. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Ciobanu E, Blickle JF, Gourieux B, *et al.* Medication Reconciliation at hospital admission: what about potential clinical impacts of unintentional discrepancies? A prospective study in an Internal Medicine Department Communication affichée au congrès European Society of Clinical Pharmacy 2011.
105. Rolain J, Roux C, Develay A, Kinowski JM. Improving medication reconciliation from paper to electronic tool. Communication affichée au Steering Committee High5's WHO 2012.

Participants

► Membres HAS

- ABELMANN Caroline, juriste HAS.
- ALQUIER Isabelle, conseillère technique HAS.
- BLONDET Emmanuelle, documentaliste.
- LE LUDEC Thomas, directeur DAQSS.
- MAY-MICHELANGELI Laetitia, chef de service MSP.
- MORICE Yvonnick, membre du Collège de la Haute Autorité de Santé.

► Groupe de Travail

- AL NASSER Bassam, anesthésiste-réanimateur, clinique du Parc Saint-Lazare, Beauvais.
- ARZALIER-DARET Ségolène, anesthésie-réanimateur, centre hospitalier universitaire, Caen.
- BEUSCART Jean-Baptiste, gériatre et gérontologue, praticien hospitalo-universitaire, centre hospitalier régional universitaire, Lille.
- BINET DECAMPS Véronique, pharmacienne et coordonnatrice du secteur qualité évaluation et certification, Assistance publique Hôpitaux de Paris.
- BUISSON Virginie, sage-femme, clinique Victor Pauchet, Amiens.
- CAODURO Christian, directeur, pôle de Santé privé du Diaconat-Centre Alsace, Colmar.
- COTTIN-MAZARD Agnès, pharmacienne, clinique Ambroise Paré, Toulouse.
- DAVID-BREARD Anne, gériatre, centre hospitalier, Sancerre.
- DE GUIO Gabrielle, gériatre, groupe hospitalier Saint Vincent, Strasbourg.
- DIDELOT Nicolas, pharmacien, Croix-Rouge française, centre sanitaire et médico-social Les Rives du Château, Blamont.
- DUFAY Édith, pharmacienne, centre hospitalier, Lunéville.
- FAIN Olivier, médecin interniste, Hôpital Saint Antoine, Paris.
- FONTAINE Christophe, Médecin interniste, clinique mutualiste Beau Soleil, Montpellier.
- GRAIN Amandine, pharmacienne, centre hospitalier, Saint Marcellin.
- GRAVOULET Julien, pharmacien d'officine, Leyr.
- HENNION-COUSSEMACQ Marion, pharmacienne, centre hospitalier, Valenciennes.
- LACOIN François, médecin généraliste, Albens.
- LERNO Sandrine, pharmacienne, Clinique de Cognac, Cognac.
- LOULIERE Bertrice, pharmacienne, coordonnatrice de l'OMEDIT Aquitaine, agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine, Bordeaux.
- PLANSONT Laurent, rapporteur à la commission des parcours et des pratiques, Haute Autorité de Santé, La Plaine Saint Denis.
- QUEUILLE Emmanuelle, pharmacienne, centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.
- ROUX Clarisse, pharmacienne, centre hospitalier universitaire, Nîmes.
- ROUX Catherine, directrice des affaires générales et de la qualité, centre hospitalier, Mâcon.
- SADORGE Thérèse, infirmière, hôpitaux universitaires, Strasbourg.
- SENE BOURGEOIS Martine, représentant des usagers, association Le LIEN et Comité inter associatif sur la santé, Ile-de-France.
- TRINH DUC Albert, urgentiste, centre hospitalier Saint-Esprit, Agen.

► Parties prenantes

- ALLENET Benoit, membre du Conseil administration, Conseil scientifique, Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- AMOUROUX Thierry, vice-président du Collège infirmier Français (CIF).
- BAILLEUL Pauline, ingénieur qualité, Réseau Santé Qualité Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

- BEZIE Yvonnick, chef de service pharmacie groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (FEHAP).
- BIDON Doriane, interne, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).
- BUSCOZ Laetitia, directrice BAQIMEHP, Fédération de l'hospitalisation privé (FHP).
- CHEVRIER Régine, pharmacienne gérante adjointe - Fédération française des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER).
- COLLOMP Rémy, membre du Conseil administration, du Conseil scientifique de la Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- CURAT Anne-Marie, trésorière, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
- DAUCOURT Valentin, médecin RéQua – FORAP.
- DE VASSELOT Anne-Charlotte, conseillère santé sociale - Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).
- DESFORGES Claire, chargée de mission « Politiques de santé », Fédération française des diabétiques.
- DRIGNY Olivier, vice-président, Conseil de l'ordre national des infirmiers.
- DUPIRE Bernadette, pharmacienne, HAD ACSSO, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).
- ESPEROU Hélène, directrice du projet médico-scientifique et de la Qualité, Fédération française des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER).
- LE BOT Mariannick, pharmacienne hospitalier, CHU de BREST.
- LECUREUR Marie-Pierre, coordinatrice RBNSQ (Réseau Bas-Normand Santé Qualité).
- LEGERON Sylviane, pharmacienne gérante, clinique Château De Vernhes - Société d'éducation thérapeutique européenne.
- MAISON Patrick, directeur de la surveillance, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).
- NEDELEC Étienne, Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins - bureau qualité et sécurité des soins (DGOS).
- PAULMIER Brigitte, pharmacien des hôpitaux, coordonnateur adjoint réseau AQuaREL Santé.
- PERON Sylvie, présidente de CME du CH Henri Laborit à Poitiers et membre de la Conférence des présidents de CME/CHS.
- POURIA Jean-Yves, président du Conseil central des pharmaciens hospitaliers - Conseil national de l'ordre des pharmaciens.
- POURRAT Xavier, membre du Conseil administration, du Conseil scientifique de la Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- RIQUIER Thomas, Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins - bureau qualité et sécurité des soins (DGOS).
- RUSPINI Eric, pharmacien d'officine Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH).
- SENE Bertrand, responsable d'études interopérabilité sémantique, Direction des affaires médicales, Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).
- VABRE Juliette, pharmacienne RéQua – FORAP.
- VARIN Rémi, président de la Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- VONGKHOUNE Blandine, pharmacienne CEPPrAL.
- WISS Marie-Agnès, représente le président, Fédération française des associations et amicales des malades, insuffisants ou handicapés respiratoires.
- YILMAZ Monique, coordonnatrice de l'OMEDIT Nord-Pas-de-Calais RESOMédit - Unité de Coordination Régionale.

► Groupe relecteurs

- ALLENET Benoit, membre du conseil d'administration, conseil scientifique, Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- BAILLEUL Pauline, ingénieur qualité, réseau Santé Qualité Nord-Pas-de-Calais-Picardie.
- BELINA Guillaume, association française des infirmiers de dialyse, transplantation et néphrologie (AFIDTN).
- BERTHOU Christian, doyen de la faculté de Brest.

- BLANC Cécile, Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins - bureau qualité et sécurité des soins (DGOS).
- BLONDET Emmanuelle, documentaliste HAS.
- BREILH Dominique, pharmacien, CHU Bordeaux.
- BUSCOZ Laetitia, directrice BAQIMEHP, Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).
- CHEVRIER Régine, pharmacienne gérante adjointe, Fédération française des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER).
- COLLOMP Rémy, membre du conseil d'administration, conseil scientifique, Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- CONORT Ornella, pharmacienne PH Hôpital Cochin, Hôpitaux Universitaires Paris Centre.
- CRICKX Béatrice, dermatologue Bichat, RSMQ AP-HP, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine.
- CURATOLO Niccolo, pharmacien hôpital Antoine Bécclère, hôpitaux universitaires Paris Sud.
- DAUCOURT Valentin, médecin RéQua – FORAP.
- DELANDE Evariste, Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins - bureau qualité et sécurité des soins (DGOS).
- DESBUQUOIS Anne-Charlotte, pharmacienne, centre hospitalier Compiègne-Noyon.
- DESFORGES Claire, chargée de mission « Politiques de santé », Fédération française des diabétiques.
- DESPLAN Sylvie, pharmacienne, clinique Rive gauche, Toulouse.
- DE VASSELOT Anne-Charlotte, conseillère santé sociale Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).
- DRIGNY Olivier, vice-président du Conseil de l'ordre national des infirmiers (CNOI).
- DUPUIS Yves-Jean, délégué général, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).
- ELIASZEWICZ Muriel, chef de Bureau, Direction de l'offre de soins (DGOS).
- ESPEROU Hélène, directrice du projet médico-scientifique et de la qualité, Fédération française des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER).
- FORTEMAISON Clarisse, coordinatrice, traitement et recherche thérapeutique.
- GASTE Marie-Claude, présidente du Collège infirmier français (CIF).
- GAUDIN Florence, responsable service presse HAS.
- GIRAUD Julie, pharmacienne hôpital Bichat, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine.
- IBAR Ramuntxo, pharmacien, HAD santé service Bayonne et Région.
- JACQUES Hélène, Ligue contre le cancer.
- JANIN Nicole, directrice des affaires médicales, Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).
- LAGARRIGUE François, PH-anesthésiste-réanimateur au CHU Tours.
- LANOUE Mary-Christine, pharmacienne coordonnatrice, OMEDIT Centre Val de Loire.
- LAVEZZI Orso-François, centre de réadaptation cardio-vasculaire Bois Gibert.
- LE BOT Mariannick, pharmacienne, pharmacie hospitalière au CHU de Brest.
- LE LUDEC Thomas, directeur général CHU Montpellier.
- LECUREUR Marie-Pierre, coordinatrice RBNSQ (réseau bas-normand Santé Qualité).
- L'HOPITAL-ROSE Isabelle, directrice clinique Ambroise Paré à Toulouse.
- MAUPETIT Jean-Claude, pharmacien (unité de coordination de l'OMEDIT) - Responsable éditorial du site RESOMédit - Unité de Coordination Régionale.
- MAY-MICHELANGELI Laetitia, chef de service MSP.
- MICHEL Bruno, pharmacien, Hôpitaux universitaires, Strasbourg.
- PAULMIER Brigitte, pharmacienne des hôpitaux, coordonnatrice adjointe réseau AQuaREL Santé.
- PETIT Jean, Commission qualité risques usagers de la Conférence des directeurs généraux de CHU.
- POURRAT Xavier, membre du Conseil administration, Conseil scientifique Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- ROUPRET SERZEC Julie, pharmacienne, hôpital universitaire Robert Debré, Paris.
- ROY Sandrine, pharmacienne hôpital Antoine Bécclère, Hôpitaux Universitaires Paris Sud.

- RUSPINI Eric, pharmacien d'officine, Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH).
- SENE Bertrand, responsable d'études interopérabilité sémantique, Direction des affaires médicales, Agence des systèmes d'information partagés (ASIP).
- VARIN Rémi, président de la Société française de pharmacie clinique (SFPC).
- VINCENT Christine, chef de service, Service juridique HAS.
- VITOUX Anne, responsable et adjointe du bureau, Qualité sécurité des soins, Direction de l'offre de soins (DGOS).
- WISS Marie-Agnès, représente le président, Fédération française des associations et amicales des malades, insuffisants ou handicapés respiratoires.
- YILMAZ Monique, coordonnatrice de l'OMEDIT Nord-Pas-de-Calais-Picardie RESOMédit - Unité de coordination régionale.

Remerciements

Ce projet a été conduit pour la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le service Mission sécurité du patient, par Isabelle ALQUIER, conseillère technique, sous la responsabilité de Laetitia MAY-MICHELANGELI, chef du service.

La HAS remercie tout particulièrement Édith DUFAY pour son aide à la rédaction et sa participation active à l'élaboration du guide.

La mise en forme du document a été réalisée par Éric DARVOY sous la direction d'Annie CHEVALLIER, chef du pôle édition-diffusion.

Merci à Thomas LE LUDEC et à Catherine GRENIER, successivement directeurs de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS, et à Yvonnick MORICE, membre du Collège de la HAS, d'avoir permis la réalisation de ce projet, ainsi qu'à Sarah PEDROSA, assistante, pour son bon déroulement.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00