

Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en service de court séjour gériatrique

Laurentine Maljean¹, Prudence Gibert¹, Armance Grevy¹, Benoit Allenet^{1,2}, Pierrick Bedouch^{1,2}, Gaëtan Gavazzi³

¹ Pôle pharmacie, CHU de Grenoble

² Université Grenoble-Alpes, Techniques pour l'évaluation et la modélisation des actions de la santé (ThEMAS) Techniques de l'ingénierie médicale et de la complexité-informatique, mathématiques, applications, Grenoble (TIMC-IMAG), Unité mixte de recherche Centre national de la recherche scientifique 5525

³ Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble-Alpes <ggavazzi@chu-grenoble.fr>

Lors d'une hospitalisation non programmée, il est souvent difficile de connaître de manière précise les traitements pris à domicile par les patients. Ceci génère des difficultés à l'entrée, lors de l'initiation des prescriptions médicamenteuses, et peut être à l'origine de nombreuses erreurs médicamenteuses (oubli de traitement, erreur de posologie, etc.). La conciliation des traitements médicamenteux est un outil permettant de repérer ces erreurs et de les résoudre. Elle constitue donc une étape importante dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés. Les patients âgés sont particulièrement sensibles à la iatrogénie médicamenteuse. En effet, il s'agit souvent de patients polypathologiques et polymédiqués, isolés et pour qui la gestion des traitements à domicile est fréquemment déléguée. Les informations sur leurs traitements antérieurs sont donc aussi cruciales que difficiles à obtenir. Cette mise au point a pour but d'expliciter la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en service de court séjour gériatrique à travers un cas clinique.

Mots clés : conciliation des traitements médicamenteux, gériatrie, iatrogénie, erreur médicamenteuse, sécurisation

Le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) aux différents points de transition du parcours de soins des patients est un maillon essentiel de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. En effet, elle permet d'éviter les erreurs de prescription (omission d'un médicament, erreur de dose, etc.) [1].

La Haute Autorité de santé la définit ainsi : « 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 comme sur une coordination pluri-professionnelle [2]. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses.

Elle favorise 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 » [3].

Si le contexte légal en France continue à promouvoir son déploiement, sa mise en place est laissée à l'initiative des hôpitaux [4, 5]. Dans notre établissement, la CTM est menée de manière structurée dans différentes unités de soins par les équipes pharmaceutiques déployées en leur sein.

Cet article a pour but d'illustrer la pratique de la conciliation médicamenteuse et l'importance de structurer cette pratique, au travers d'un cas issu d'un service de gériatrie.

Rapport de cas

La patiente était une femme de 88 ans en perte d'autonomie depuis deux à trois mois. Elle vivait depuis cinq ans en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Le 14 avril 2017, la patiente a présenté une fièvre et des frissons compliqués d'une désaturation et d'une déshydratation. Son médecin traitant a instauré un traitement par amoxicilline/acide clavulanique 500 mg/125 mg trois fois par jour, avant de l'adresser aux urgences de notre hôpital pour syndrome septique à point de départ pulmonaire. Elle a ensuite été rapidement dirigée vers le service de court séjour gériatrique le 15 avril 2017.

À son arrivée dans le service, la patiente était déshydratée et présentait une insuffisance rénale aiguë : sa clairance de la créatinine évaluée avec la formule CKD-EPI (pour *chronic kidney disease-epidemiology collaboration*) était de 25 mL/min et de 12 mL/min avec la formule de Cockcroft et Gault (pour une clairance habituelle évaluée avec la formule de CKD-EPI à 60 mL/min) [6].

Parmi les antécédents de la patiente, on notait une polyarthrite rhumatoïde destructrice actuellement traitée par méthotrexate, une ostéoporose fracturaire et une dénutrition protéinoénergétique sévère avec un indice de masse corporelle à 15 kg/m². Aucun antécédent cardiovasculaire ni notion de douleur neuropathique n'est rapporté. Son traitement habituel a été renseigné auprès des équipes soignantes de l'Ehpad, sous forme du plan de traitement infirmier informatisé (*tableau 1*).

Au cours de l'hospitalisation, le 18 avril, une pancytopenie a été découverte, avec leucopénie à 0,8 G/L (normales : 3,8 à 9,4 G/L), anémie arégénérative à 87 g/L (normales : 121 à 151 g/L), thrombopénie à 116 G/L (normales : 187 à 420 G/L). Devant l'apparition de la pancytopenie et dans un contexte d'insuffisance rénale

Tableau 1. Traitement habituel de la patiente, récupéré auprès de l'Ehpad lors de la conciliation médicamenteuse

Metoject [®] (méthotrexate) 15 mg/0,3 mL 1 injection le jeudi
Speciafoldine [®] (acide folique) 5 mg 1 comprimé le vendredi matin
Orocal D3 [®] 500 mg/400 UI 1 comprimé le matin
Bisoce [®] (bisoprolol) 1,25 mg 1 comprimé le matin et le soir
Lasilix [®] (furosémide) 20 mg 1 comprimé le matin
Diffu K [®] (potassium chlorure) 600 mg 1 comprimé le matin et le soir
Atarax [®] (hydroxyzine) 25 mg 1 comprimé le soir
Cétirizine 10 mg 1 comprimé le soir
Doliprane [®] (paracétamol) 1 g 4×/j si besoin
Izalgi [®] (paracétamol + opium) 500 mg/25 mg 2 comprimés 3×/j si besoin
Versatis [®] (lidocaïne) 1 patch le matin et le soir
Éludril [®] (chlorhexidine) 0,5 mL/0,5 mg/100 mL 3×/j

aiguë, le méthotrexate en association avec la pénicilline a été suspecté.

Dans le service, la patiente a été réhydratée au moyen d'une perfusion de glucose 5 % et un programme de renutrition a été initié. Une mucite rendant douloureuse la prise médicamenteuse a été constatée, motivant l'ajout d'une prescription de xylocaïne visqueuse 2 % aux bains de bouche d'Éludril[®]. De plus, la patiente restant douloureuse malgré le traitement antalgique de palier 2, ce dernier a été arrêté et un traitement par morphinique instauré. Sur le plan infectieux, les hémocultures ont mis en évidence la présence d'un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. Une modification de l'antibiothérapie était effectuée avec l'instauration de ceftobiprole 500 mg matin et soir.

Réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux a été réalisée selon la méthodologie habituelle de notre établissement

Il s'agit d'une conciliation rétroactive : l'ordonnance d'entrée est déjà établie par le médecin prescripteur lors de sa réalisation. Elle doit cependant être effectuée le plus tôt possible lors de l'hospitalisation (au plus tard dans les 48 h après l'admission du patient).

Recherche active d'information

Il s'agit d'établir un historique médicamenteux précis ainsi que de récupérer des données d'adhésion du patient à son traitement.

De nombreuses sources peuvent être utilisées, cependant les plus fréquentes sont :

- le dossier médical (papier ou informatique) du patient,
- l'entretien direct avec le patient ou sa famille,
- le contact téléphonique avec les professionnels de santé en charge du patient : médecin, pharmacien, infirmière à domicile, établissement de soin, etc.
- les médicaments du domicile apportés par le patient.

Il est nécessaire de croiser un maximum les sources d'informations (au minimum trois sources), afin de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité de l'information recueillie.

Le dossier médical est une source d'information prioritaire. Qu'il soit manuscrit ou numérique, celui-ci contient les ordonnances du patient ainsi que les courriers des médecins, les éventuels comptes rendus d'hospitalisation et les transmissions des soignants. Bien que souvent incomplet, il apporte des informations cruciales sur les antécédents du patient et permet d'établir une hiéar-

chisation des pathologies et des traitements. En Ehpad, un dossier de liaison d'urgence (DLU) a été créé en 2008 [7]. Ce dossier doit comporter :

- la fiche de liaison d'urgence, remplie lors de l'urgence par un soignant de l'Ehpad qui contient les informations en rapport avec la situation d'urgence. Cette fiche doit être retournée à l'Ehpad au retour du patient avec les informations nécessaires à la continuité des soins,
- le document de liaison d'urgence, mis à jour hors des situations d'urgences, qui contient notamment les principales informations sur le patient (antécédents, chutes, etc.), les ordonnances du patient, les derniers résultats biologiques.

Chez cette patiente, aucun DLU n'a été transmis par l'Ehpad. L'analyse du dossier médical informatisé de l'hôpital a mis en évidence une hospitalisation très récente, du 31 mars au 6 avril 2017, en service de cardiologie de notre établissement pour une télé-métrie. Au cours de cette hospitalisation, le méthotrexate de la patiente avait initialement été prescrit tous les jours avant que cette erreur ne soit corrigée après l'analyse pharmaceutique de la prescription par l'interne du service. Une seule administration, le jeudi au cours de la semaine d'hospitalisation, avait cependant été tracée sur le logiciel.

L'entretien avec le patient est également une étape indispensable pour la réalisation de la conciliation médicamenteuse. En effet, il permet d'obtenir des informations précises sur les connaissances du patient, sur son organisation ainsi que sur son adhésion au traitement. En gériatrie, cet entretien se révèle souvent difficile. En effet, outre les troubles mnésiques, il est fréquent que les patients soient trop confus ou désorientés, en tout début d'hospitalisation, pour répondre. Ce problème peut parfois être contourné, la gestion du traitement étant souvent assurée par les proches du patient ou par un professionnel de santé (infirmière à domicile par exemple). Dans le cas contraire, il est souvent nécessaire d'attendre que l'état du patient s'améliore avant de conduire l'entretien.

Ce problème a notamment été rencontré avec la patiente, très désorientée lors de son arrivée. L'entretien avec la famille de la patiente n'a apporté aucune information complémentaire.

Le médecin traitant de la patiente était absent sur la durée de l'hospitalisation. Aucun entretien n'a pu être réalisé pour permettre de confirmer les antécédents de la patiente et les indications de certains traitements tels que le bisoprolol, le furosémide ou le Versatis®.

Les équipes soignantes de l'Ehpad de la patiente ont également été contactées. L'historique médicamenteux de la patiente sur plusieurs mois ainsi que les bilans biologiques ont ainsi été transmis. La date d'apparition de la pancytopenie a pu être confirmée et il a été constaté qu'elle coïncidait avec la date de survenue de la mucite. Plusieurs entretiens ont été nécessaires, aucune traçabilité

de l'administration du méthotrexate n'a pu être trouvée au sein de l'Ehpad, les informations étaient donc uniquement basées sur les souvenirs des équipes. De plus, au sein de l'établissement, plusieurs boîtes de dosages différents de méthotrexate étaient rangées au même endroit et n'étaient donc pas nominatives. Certaines questions sont également demeurées sans réponse, comme l'indication, la posologie et la localisation de la pose des patchs de Versatis®.

Finalement, le pharmacien d'officine ayant dispensé les médicaments de la patiente a été appelé afin de confirmer la délivrance des médicaments et vérifier la cohérence avec la prescription de l'Ehpad. Aucune divergence n'a été mise en évidence par rapport aux informations recueillies auprès du personnel de l'Ehpad.

Les pharmaciens d'officine correspondants des patients sont l'une des principales sources d'information. En effet, la pharmacie d'officine dispose, en plus des prescriptions, de données précieuses sur l'adhésion, les difficultés des patients et l'automédication. Cette autre source prioritaire d'information n'est cependant efficace que si le patient est un habitué de la pharmacie. Les Ehpad dépourvues de pharmacie à usage intérieur peuvent travailler avec un ou plusieurs pharmaciens référents avec lesquels des conventions sont signées [8]. Le patient conserve cependant son libre choix du pharmacien [9].

Le partage d'information entre les professionnels de santé est au centre de la conciliation. Le principal problème rencontré est la sécurisation des informations. En effet, les principaux moyens de transmission sont le téléphone (difficile de vérifier l'identité de l'appelant), la messagerie électronique et le fax. Il est donc nécessaire de favoriser les relations ville-hôpital, avec notamment la mise en place d'un outil sécurisé de partage d'information. L'outil Zepa (pour *zero emission paper in Rhones Alpes*) est d'ailleurs en développement en région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'agit d'un service sécurisé de dématérialisation des échanges [10].

Réalisation d'un bilan médicamenteux optimisé et d'une fiche de conciliation des traitements

Le bilan médicamenteux optimisé (BMO) correspond à la liste exhaustive des traitements habituels pris par le patient (médicaments prescrits ou automédication). Il est construit en recoupant toutes les informations récoltées auparavant.

En le comparant à la prescription en cours d'hospitalisation, les divergences sont mises en évidence. Un échange avec le médecin permet alors rapidement de discuter et de résoudre toutes les divergences. Le BMO, l'ordonnance en cours d'hospitalisation ainsi que les divergences documentées permettent d'établir la fiche de conciliation des traitements (tableau 2).

Tableau 2. Fiche de conciliation des traitements réalisée par l'interne en pharmacie

Indication	Bilan médicamenteux optimisé	Devenir de la prescription au cours de l'hospitalisation			Bilan en cours d'hospitalisation	Explication des divergences
		Continuée	Modifiée	Arrêtée		
Polyarthrite rhumatoïde	Méthotrexate 15 mg/0,3 mL SC 1/sem le jeudi matin			X		l'atrogénie suspectée dans la pancytopenie
	Acide folique (Speciafolidine [®]) 5 mg 1/sem le vendredi matin			X		Arrêt méthotrexate et dosage acide folique > 100 ng/mL
Pneumopathie	Amox/ac. clavulanique (Augmentin [®]) 500/62,5 mg 3×/j pendant 7 jours			X		Réévalué en fonction de l'antibiogramme
	Paracétamol 500 mg 4/j	X			Ceftibiprole (Mabelio [®]) 500 mg IV 2/j	SARM identifié sur hémocultures, porte entrée incertaine
Douleur	Paracétamol/opium (Izalgi [®]) 500 mg/25 mg 2 gélules 3/j si besoin			X		Passage IV car prise orale impossible
						Inefficacité et surdosage potentiel de paracétamol
Douleur						Douleur non contrôlée
						Morphine SC 10 mg/24 h au pousse-seringue + 2,5 mg 6/j si besoin
Ostéoporose fracturaire						Kalinox [®] 6 L/min avant les soins
	Lidocaïne patch (Versatis [®]) 1 patch matin et soir si besoin			X		Posologie supratherapeutique + pas d'indication retrouvée
Indication non retrouvée	Calcium + vitamine D3 (Orocal [®]) 500mg/400 UI) 1 comprimé le matin					Calcium + vitamine D3 (Orocal [®]) 500mg/400 UI) 1 comprimé le matin
	Hydroxyzine (Atarax [®]) 25 mg 1 comprimé le soir			X		Médicament potentiellement inapproprié chez la personne âgée + pas d'indication retrouvée
Indication non retrouvée	Bisoprolol 1,25 mg 1 comprimé matin et soir			X		Prise orale impossible + pas d'indication retrouvée
	Furosémide (Lasilix [®]) 20 mg 1 comprimé le matin			X		Prise orale impossible + pas d'indication retrouvée

Tableau 2. (Suite)

Indication	Bilan médicamenteux optimisé	Devenir de la prescription au cours de l'hospitalisation			Bilan en cours d'hospitalisation	Explication des divergences
		Continuée	Modifiée	Arrêtée		
Hypokaliémie liée au furosémide	Diffu K [®] 600 mg 1 comprimé matin et soir			X		Prise orale impossible + pas d'indication retrouvée
Indication non retrouvée	Cétirizine 10 mg 1 comprimé le soir			x		Prise orale impossible + pas d'indication retrouvée
Mucite	Chlorhexidine (Éludril [®]) 0,2 % 3x/j	x			Chlorhexidine (Éludril [®]) 0,2 % 3 fois/j	
				x	Xylocaine visqueuse 2 %	
Constipation liée aux morphiniques				x	Macrogol (Movicol [®]) 1 sachet le matin	Lorsque la voie orale sera possible
				x	Eductyl [®] suppo 2 suppositoires le matin	En attendant la voie orale
Réhydratation				x	G5 % 2 L/24 h IV	
Prévention événements thromboemboliques				x	Calciparine 12 500 UI/0,5 mL 0,2 mL SC 1 matin et soir	
Dénutrition				x	Clinutren [®] 2/j	

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Actualisation de la prescription médicamenteuse du dossier patient

Tous les éléments de la CTM sont tracés :

- les documents fournis par l'Ehpad (ordonnance, plan de prise) sont ajoutés au dossier papier de la patiente,
- une synthèse des informations recueillies par l'équipe pharmaceutique est renseignée dans le dossier informatique du patient. Celle-ci contient le traitement habituel et le bilan médicamenteux, le profil d'adhésion, ainsi que d'autres éléments utiles recueillis lors des entretiens,
- les erreurs médicamenteuses repérées sont tracées dans le logiciel de prescription en même temps que les interventions pharmaceutiques émises lors de l'analyse de l'ordonnance.

Conclusion

Une CTM structurée et précise est indispensable pour éviter les erreurs, repérer les divergences et expliquer les modifications de traitements ; dans le cas de la patiente, cette conciliation a permis de suspecter un mésusage du méthotrexate. La toxicité du méthotrexate a alors pu être antagonisée par du folinate de calcium IV 25 mg/10 mL. Au bout de quelques jours, la courbe de la leucopénie s'est inversée, avec l'apparition de monocytes, ce qui semble en faveur de la thèse de mésusage du méthotrexate.

La conciliation pharmaceutique est un travail pluridisciplinaire. L'étape de recueil d'information peut être réalisée par de multiples intervenants : préparateurs, étudiants ou internes en pharmacie, infirmiers, étudiants et internes en médecine. L'étape de synthèse et de réalisation du BMO doit être effectuée par un pharmacien et l'étape d'analyse et de gestion des divergences est le fruit d'une coopération médicopharmaceutique.

La CTM est également le pilier de l'analyse d'ordonnance de niveau 3, pratiquée dans de nombreux services de notre établissement [11]. Elle permet ainsi aux pharmaciens et aux médecins de travailler conjointement afin d'éviter les erreurs médicamenteuses, d'optimiser la prescription et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients.

La CTM est donc un atout réel de sécurisation de la prise en charge du patient. Elle est cependant parfois complexe à mettre en place et nécessite une structuration. Une attention particulière doit être apportée à la traçabilité et au partage d'information, afin de permettre le maintien des optimisations dans le temps. Afin de la faciliter en

gériatrie, le développement d'outils communs permettant le partage d'informations entre la ville et l'hôpital est indispensable : favoriser l'accès aux données au moyen d'un dossier de liaison d'urgence structuré aux entrées et sorties d'hospitalisation, promouvoir la hiérarchisation avec mise en regard des pathologies/traitement.

Dans notre service, le partage d'information entre la ville et l'hôpital est également favorisé par la réalisation d'une conciliation de sortie qui met en parallèle les ordonnances d'entrée et de sortie des patients en expliquant les modifications apportées au traitement. Cette conciliation est transmise au médecin traitant du patient, via le compte rendu d'hospitalisation, et à la pharmacie référente du patient, via la messagerie sécurisée Zepa.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Calop J, Limat S, Fernandez C *et al.* L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? In : *Pharmacie Clinique et Thérapeutique*. Elsevier Masson SAS 2008 : 10-21.
2. HAS. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs. 22/02/2018.
3. SFPC. Fiche mémo Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. décembre 2015.
4. Circulaire n°SG/pôle-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017.
5. Note d'information DGOS/PF2 n°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
6. Société de néphrologie, calculateur par Q. Meulders. <http://www.sfndt.org/sn/eservice/calcul/eDFG.htm>.
7. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence » Juin 2015.
8. Article R5126-111 à 115 du code de la santé publique.
9. Article L1110-8 du code de la santé publique.
10. Dubuisson M, Gibert P. Intérêt de l'utilisation d'une messagerie sécurisée (MonSisra) pour le partage d'informations sur la prise en charge médicamenteuse des patients aux points de transition de leur parcours de soins.
11. Juste M, Allenet B, Bedouch P, *et al.* Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2012 ; 47(4):293-5.