

La conciliation médicamenteuse		
Définition	Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. (notamment en automédication) • Préviend ou corrige les erreurs médicamenteuses • Favorise la transmission d'informations complètes et exactes entre professionnels de santé aux points de transitions • Associe le patient Objectif : éliminer les <u>divergences</u> entre le traitement habituel du patient et la prescription en cours. La conciliation est dite :	
	Proactive	lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie avant rédaction de la première ordonnance à son admission en première hospitalisation. (il n'y a pas encore eu de prise en charge hospitalière)
	Rétroactive	lorsque cette liste est établie après rédaction de la 1ère ordonnance. (C'est celle qui est faite le plus souvent, on a toutes les informations sur les anciennes ordonnances après avoir établi la première ordonnance hospitalière)
Impact	Divergences = erreurs médicamenteuses potentielles Ex : arrêt de mdt, ajout, modification de poso, changement de rythme/ voie d'admin	
La conciliation comporte	• Une phase de recueil de données • Une phase d'analyse visant : ○ À identifier divergences entre ttt à l'admission ou à la sortie et le ttt habituel du patient (on compare avec l'ancienne ordo) ○ À échanger avec le prescripteur pour gérer ces divergences	
Pour qui	La CM est plus particulièrement indiquées pour les populations de patients à risque : Personnes âgées/ Patients poly-médicamentés / Enfants et adolescents / Malades chroniques/ Patients hospitalisés en urgence	

Les étapes		
Etape 1 : Le recueil	Recueil : • Des données démographiques (age, sexe...), des ANTCD médicaux du patient, des données biologiques (fonction rénale, hépatique) • Des traitements prescrits • Des traitements non prescrits (automédication, plantes, vitamines...) • Des effets indésirables, des allergies et des intolérances aux médicaments • Du comportement et des attentes du patient vis à vis de son traitement (observances, contraintes perçues, priorités) Il existe de nombreuses sources (DP, patient lui-même, proche des patients, entretien avec le pharmacien d'officine, le médecin traitant, infirmier ...), il faut au minimum 3 sources différentes	
	Les 3 principales d'informations sont : ♣ le patient (et/ou l'aidant) qui donne des informations au cours de l'entretien et qui donne l'accès à plusieurs documents dont le dossier pharmaceutique, l'ordonnance du médecin traitant ainsi qu'aux traitements apportés ♣ le pharmacien d'officine ♣ un autre professionnel de santé	
	Patient	Entretien dès l' admission du patient et avant sa sortie / En langage simple, avec des questions ouvertes et une écoute active L'objectif de l'entretien est d'identifier les patients à risque et surtout d'évaluer : L'automédication / L'observance ; Les effets indésirables /les contrainte ; Les besoins/les attentes Les médicaments apportés par le patient : • Demandez au patient, parfois à plusieurs reprises pour qu'il n'y ait pas d'oublis • Redonnez au patient au moment de sa sortie, en précisant bien lesquels ont été repris ou arrêtés Médicaments souvent oubliés : contraceptifs, collyres, injections , inhalés, vitamines, phytothérapie, pommades et crèmes.
	Les ordos	Communiqués par tél, faxées ou adressés par messagerie médicale sécurisée par pharmacien d'officine ou médecin traitant. Demandées au patient ou à la tierce personne (préconiser les photos) Dans son dossier médical provenant des urgences ou d'un autre service
	Pharmacien d'officine	• Un contact sera établi entre le pharmacien hospitalier et le pharmacien de ville à l'entrée et à la sortie du patient • Il sera complété par la transmission des ordonnances à l'entrée et à la sortie du patient • Le contact avec le pharmacien d'officine permet d'échanger sur l'historique médicamenteux du patient, l'adhésion du patient à son traitement ainsi que l'automédication
	DP	• Recense pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois. • Depuis octobre 2012, les pharmaciens hospitaliers ont accès au DP, dans les mêmes conditions que leurs confrères qui exercent à l'officine. • Depuis janvier 2016, les médecins hospitaliers peuvent consulter le DP de leurs patients, avec leur accord. Cette mesure vise à mieux coordonner l'action des professionnels de santé entre la ville et l'hôpital. Elle est ouverte aux médecins de trois spécialités : urgences, anesthésie-réanimation et gériatrie.
	Infirmier à domicile	• Appel utile lorsqu'un infirmier vient chez le patient (quotidiennement, hebdomadairement ou mensuellement) • L'infirmier nous informe du ttt qu'il prépare pour le patient ou qu'il administre au patient ou sur l'adhésion au ttt.

	Tierce personne	= conjoint, d'un enfant, d'un parent ou d'un ami, de préférence la personne de confiance désignée par le patient. Cette source d'information est utile : • Lorsque le patient ne s'occupe pas de la préparation de son traitement • Lorsque le patient s'exprime avec difficultés • Lorsque le patient s'exprime uniquement dans une langue étrangère
	médecin traitant	= Contacté dans certaines situations en complément du pharmacien d'officine
	Qui peut recueillir ces informations ?	
	Cette activité est réalisable par tout professionnel de santé: médecin ou pharmacien (praticien, interne ou externe), sage femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie, aide soignant. Le (La) 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. Ce recueil ne constitue pas une transcription des prescriptions et n'a pas pour objet de permettre la délivrance de médicaments	
Etape 2: Etablissement et validation du Bilan médicamenteux (BM/BMO)		Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO ou BM) = recueil de données qui vise à obtenir la liste la plus précise et complète possible de tous les traitements du patient avant son hospitalisation. • Le BMO est établi à partir d'au moins 3 sources de données. • Le processus de conciliation repose sur un BMO précis et complet. Sa validation est un acte pharmaceutique. (toutefois, tout prescripteur est en mesure de le réaliser et de le valider) • Le BMO ou BM est comparé à : - L'ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA) - ou à L'ordonnance en cours à l'hôpital
Etape 3: Détection et résolution des divergences	Résolution des divergences	• Les divergences détectées ainsi que les modifications proposées en conséquence doivent faire l'objet d'une intervention pharmaceutique auprès du prescripteur • Au terme du processus, les modifications doivent être documentées dans le dossier du patient par l'intégration de la fiche de conciliation au dossier patient Intervention pharmaceutique : "toute modification de la thérapeutique médicamenteuse effectuée ou non par le prescripteur à la demande du pharmacien" Divergence intentionnelle: "modification volontaire de l'ordonnance réalisée par le prescripteur" Divergence non intentionnelle: "modification involontairement de l'ordonnance par méconnaissance du patient du médecin. Une DNI est une erreur médicamenteuse"
Conciliation de sortie	Concilier à l'admission ne dispense pas de concilier à la sortie surtout si le patient fait partie des patients à haut risque iatrogènes	
En résumé	<pre> graph TD subgraph "Conciliation d'entrée" direction TB E1[1. Etudes des éléments disponibles • Dossier patient, CR médicaux, DP, ordonnance apportée par le patient, traitement personnel, lettre du médecin traitant...] E2[2. Entretien avec le patient ou son entourage] E3[3. Appel des professionnels de santé] E4[4. Elaboration du BMO] E5[5. Validation et analyse pharmaceutique du BMO • Identification de potentielles divergences] E6[6. Gestion des divergences] E1 --> E2 --> E3 --> E4 --> E5 --> E6 end E6 --> PHS[Prescription hospitalière sans divergences non intentionnelles] subgraph "Conciliation de sortie" direction TB S1[Recherche active des informations] S2[Identification des divergences entre BM et Ordonnance de sortie ou de transfert] S3[Résolution des divergences] S1 --> S2 --> S3 end S3 --> OS[Ordonnance de sortie sans divergences non intentionnelles] OS --> TFI[Transmission formalisée des informations sur le médicaments aux professionnels impliqués dans la suite de la prise en charge et au patient (tableau médicaments parcours)] </pre>	
Tableau médicaments parcours	Doit être renseigné qu'il y ait eu conciliation ou pas → C'est la démarche pour le remplir qui est différente: par le médecin seul en absence de conciliation, plus approfondie et forcément pluri-professionnelle en cas de conciliation Permet de répondre aux éléments obligatoires concernant le ttt médicamenteux du décret de la DGOS sur la lettre de liaison: - Traitements prescrit à la sortie de l'ETS, - Ceux arrêtés durant le séjour - et le motif d'arrêt ou de remplacement + Rappelle les TT habituels avant l'admission ! Ce que le tableau n'est pas • Une ordonnance • Un récapitulatif des traitement mis en oeuvre pendant le séjour • Un récapitulatif des étapes de la conciliation → Consigne à retenir: classer par domaine pathologique pour détecter facilement les cumuls	

