

Activité de conciliation médicamenteuse aux urgences

Medication Reconciliation in an Emergency Department

S. Schiettecatte · M. Dambrine · C. Bouche · J. Delabre · P. Staelen · L. Réal · P. Pamart

Reçu le 17 janvier 2015 ; accepté le 14 juin 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Résumé Objectif : Une activité de conciliation médicamenteuse a été mise en place au sein du service des urgences de notre centre hospitalier (CH). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence de notre démarche un an après son instauration.

Matériels et méthode : Pour chaque patient, l'équipe de la pharmacie a rempli de façon prospective une fiche de conciliation reprenant notamment le traitement habituel du patient, son ordonnance à l'admission aux urgences et la caractérisation des éventuelles divergences. Les données de chaque fiche ont été reportées et analysées grâce à un tableau informatique (Excel[®]).

Résultats : Au total, 828 fiches ont été saisies, soit 6 498 lignes de traitement. Le temps moyen passé par patient était de 30 minutes. L'activité a augmenté au fil des mois, le taux d'implantation a atteint 17 %. Nous avons relevé 1544 divergences dont 969 non intentionnelles (62 %). Le type de divergences le plus fréquent est l'omission de médicaments (513/969 ; 53 %) et plus particulièrement ceux touchant le système cardiovasculaire (190/513 ; 37 %).

Conclusion : Ce processus permet la maîtrise du risque médicamenteux lors de l'interface ville/hôpital. Le service des urgences apparaît comme un lieu stratégique pour développer cette activité. La pertinence de cette démarche nous a permis d'obtenir l'adhésion de l'ensemble des équipes et nous allons poursuivre son déploiement.

Mots clés Conciliation médicamenteuse · Service des urgences · Erreur médicamenteuse · Sécurité thérapeutique · Pharmacie clinique

Abstract Objective: A medication reconciliation activity was implemented in our emergency department. We aimed to evaluate the relevance of our network a year after its start. **Method:** A standardized form was prospectively filled out for each patient. The list of patient's home medications was collected and compared with admission medication orders. Discrepancies were then reviewed. Data was tracked and analyzed with an electronic table (Excel[®]).

Results: During the study period, 828 patients were included corresponding to 6,498 prescription lines. Reconciliation process required about 30 min per patient. Implementation rate increased throughout the study period and reached 17%. We identified 1,544 discrepancies of which 969 were non intentionals (62%). The most common unintentional discrepancy was the omission of medication (513/969; 53%). Cardiovascular medications were the most frequently omitted (190/513; 37%).

Conclusion: This process allows to prevent the occurrence of medication errors at hospital admission. Emergency department appears as a strategic unit to carry out this task. This relevant practice is well accepted by clinicians. Thus we will enhance it.

Keywords Medication reconciliation · Emergency department · Medication errors · Patient safety · Clinical pharmacy

Introduction

La iatrogénie représente aujourd'hui un réel problème de santé publique. Aussi, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est-elle devenue depuis quelques années une mission prioritaire des établissements de santé [1,2]. L'activité de conciliation médicamenteuse s'inscrit dans cette démarche et se développe de fait dans de nombreuses structures. Il s'agit d'un processus dont l'objectif est d'obtenir une liste exhaustive des traitements que prend le patient à domicile (ou en institution le cas échéant), prescrits ou non

S. Schiettecatte (✉) · M. Dambrine · J. Delabre · P. Staelen · L. Réal
Pharmacie du centre hospitalier de Cambrai, 516 avenue de Paris, F-59400 Cambrai
e-mail : schiettecatte.sophie@gmail.com

C. Bouche · P. Pamart
Service des urgences du centre hospitalier de Cambrai

par un médecin. Une comparaison de cette liste avec les traitements prescrits lors de l'hospitalisation permet d'identifier et de corriger les erreurs de prescriptions commises lors de l'admission [3]. Cette activité vise à garantir la continuité entre les nouvelles prescriptions de l'hôpital et les traitements dits « chroniques » (traitement à domicile) du patient.

Une étude américaine menée par une équipe de médecins urgentistes rapporte que 87 % des listes de médicaments établies aux urgences pour les patients de plus de 65 ans comportent au moins une erreur médicamenteuse [4]. Or, une divergence dans le report du traitement habituel d'un patient à son admission risque de se répercuter tout au long de l'hospitalisation et constitue un danger à chaque étape de sa prise en charge.

Depuis septembre 2013, nous avons instauré une activité de conciliation médicamenteuse au sein du service des urgences de notre centre hospitalier [5]. Notre objectif est d'évaluer la pertinence de cette démarche.

Matériel et méthode

Une étude prospective a été menée du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014. Pendant cette période, l'activité de conciliation a été menée par l'équipe de la pharmacie au sein du service des urgences. Elle a été réalisée pour les patients en attente d'une hospitalisation, avant leur montée dans le service.

Une fiche de conciliation a été remplie pour chaque patient formalisant la liste exhaustive de ses traitements obtenue en croisant le plus d'informations possibles (appel de l'officine, interrogation du patient ou sa famille, récupération d'ordonnance, appel du médecin traitant...), deux sources d'information distinctes étant au minimum nécessaires à la réalisation du bilan médicamenteux. La liste des traitements complète était alors comparée à l'ordonnance des médicaments à l'admission aux urgences, établie informatiquement grâce au logiciel UrQual[®] (une version imprimée était consultable dans le dossier du patient). Les divergences éventuellement identifiées étaient reportées sur la fiche et caractérisées, après discussion avec le prescripteur, en divergences intentionnelles non documentées ou en divergences non intentionnelles. Une divergence intentionnelle non documentée correspond à une modification volontaire de traitement dont les raisons ne sont pas renseignées dans le dossier patient, une divergence non intentionnelle est une modification involontaire du traitement comprenant les omissions ou ajouts de médicaments, les omissions ou erreurs dans la posologie ou le dosage des molécules. Le caractère proactif ou rétroactif de la conciliation était également spécifié sur la fiche. 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. Elle est dite rétroactive lorsque cette liste est établie après rédaction de cette première ordonnance. La fiche de conciliation était ensuite placée dans le dossier du patient et une copie archivée à la pharmacie. L'heure à laquelle le bilan de conciliation était débuté et l'heure à laquelle il était finalisé a systématiquement été relevée.

Dans un premier temps, l'activité de conciliation a été réalisée par deux étudiants hospitaliers en pharmacie durant leurs heures de présence (cinq demi-journées) sous la supervision du pharmacien. Puis à partir de mai 2014, un interne de pharmacie a été dédié à cette activité en complément des étudiants hospitaliers en pharmacie, ce qui a permis d'assurer une présence pharmaceutique de 9h à 17h30 du lundi au vendredi dans le service des urgences. Cela a également été l'occasion de développer la conciliation dite proactive, les étudiants hospitaliers en pharmacie n'ayant pas connaissance de cette pratique auparavant.

Les patients conciliés en priorité étaient ceux pour lesquels un transfert interne était prévu. Dans le cas où plusieurs patients étaient en attente d'hospitalisation, ceux allant être transférés le plus tôt étaient priorisés. Lorsque l'heure de transfert était inconnue, les patients présents depuis le plus longtemps étaient choisis. Enfin, lorsqu'aucun transfert n'était encore programmé, la conciliation était réalisée en premier lieu pour les patients présents dans le secteur « semi-lourd » qui présente un taux d'hospitalisation supérieur aux autres secteurs.

Analyse statistique

Les données ont été saisies dans un tableau informatique grâce au logiciel Excel[®] (Microsoft corporation, Richmond, Virginie) qui a également servi de base à l'analyse statistique des résultats. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

Résultats

Au total, 828 patients ont fait l'objet d'un bilan de conciliation médicamenteuse correspondant à 6 498 lignes de traitements. Le temps moyen nécessaire à la réalisation d'un bilan de conciliation est de 30 minutes. L'activité a connu une légère régression durant le premier semestre de l'étude pour ensuite croître de façon continue. Le nombre de patients conciliés a ainsi quadruplé au cours du second semestre et la conciliation proactive s'est développée (Fig. 1). Le degré d'implantation de l'activité, c'est-à-dire le nombre de patients conciliés par rapport au nombre total de patients éligibles à la conciliation, était de 17 % durant le dernier mois de l'étude (106/622). Les patients éligibles

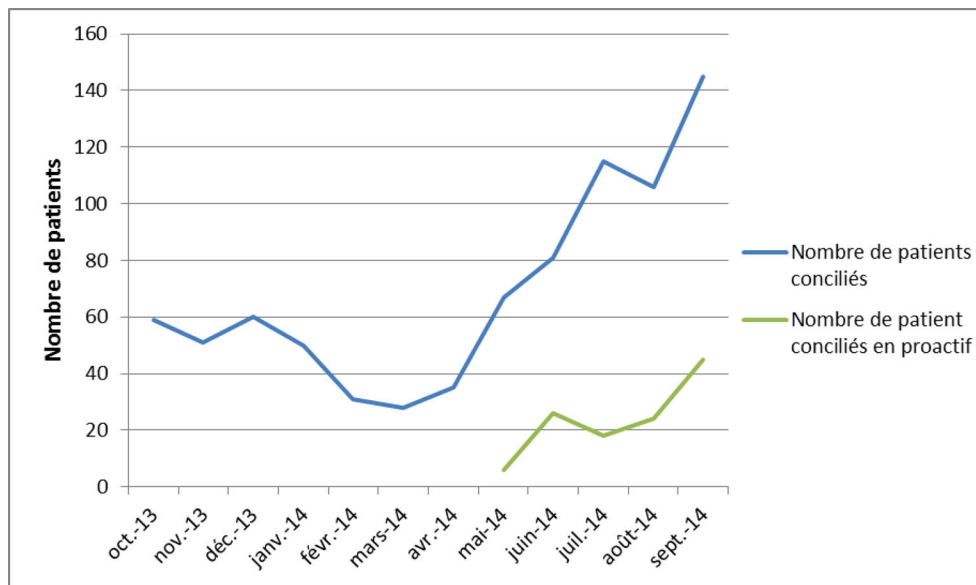


Fig. 1 Évolution de l'activité par mois

correspondent aux patients admis aux urgences puis transférés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Parmi les 6 498 lignes analysées, 1544 divergences ont été objectivées (24 %) dont 969 non intentionnelles (62 %). Au total, 172 prescriptions comportaient au moins une divergence intentionnelle non documentée (21 %) et 295 au moins une non intentionnelle (36 %). Le type de divergence non intentionnelle le plus fréquent est l'omission de médicaments (513/969 ; 53 %, Tableau 1). Les thérapeutiques du système cardiovasculaire sont les plus fréquemment oubliées (190/513 ; 37 %). Le Tableau 2 reprend le nombre d'omissions réparties par classe pharmacologique. La Figure 2 montre la proportion, au fil des mois, de patients chez qui au moins une divergence non intentionnelle a été objectivée par rapport au nombre total de patients conciliés, ainsi que par rapport au nombre de patients conciliés de façon rétroactive. Le pourcentage d'erreurs interceptées sur le nombre total de prescriptions analysées diminue sensiblement à partir du mois de mai.

Discussion

Le risque d'erreurs médicamenteuses est présent à chaque point de transition du parcours du patient. L'admission à l'hôpital est une étape particulièrement critique et est souvent à l'origine d'erreurs médicamenteuses. Ainsi, selon une étude, plus de 27 % des erreurs de prescription dans un hôpital étaient liées à un historique médicamenteux erroné à l'admission [6]. De nombreux établissements de santé instaurent la conciliation médicamenteuse au sein de

Tableau 1 Nombre de divergences non intentionnelles par type.

Types d'erreurs médicamenteuses	Nombre (n=969)
Omission	513 (53 %)
Erreur de dosage	197 (20 %)
Erreur de posologie	138 (14 %)
Erreur de médicament	89 (9 %)
Ajout	32 (4 %)

Les données sont exprimées en nombre (n) et pourcentage.

Tableau 2 Nombre d'omissions de traitement par classe thérapeutique.

Classe thérapeutique	Omissions (n=513)
Système cardiovasculaire	190 (37 %)
Voies digestives et métaboliques	103 (20 %)
Système nerveux	102 (20 %)
Sang et organes hématopoïétiques	31 (6 %)
Muscles et squelette	21 (4 %)
Système génito-urinaire	20 (4 %)
Hormones systémiques	15 (3 %)
Système respiratoire	15 (3 %)
Organes sensoriels	15 (3 %)

Les données sont exprimées en nombre (n) et pourcentage.

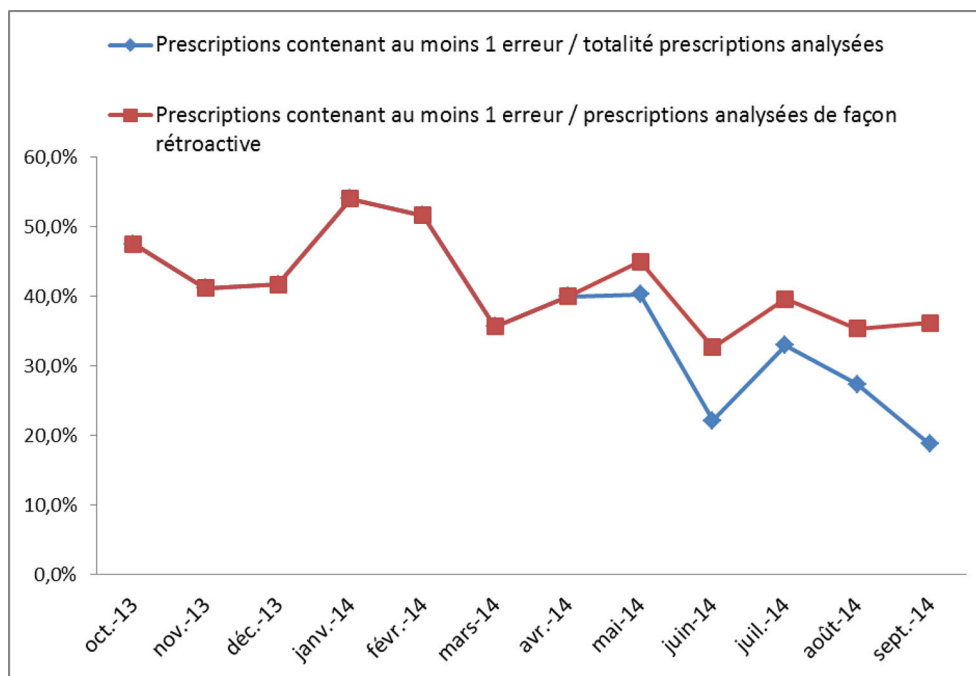


Fig. 2 Comparaison de la proportion de prescriptions comportant au moins une erreur par rapport à la totalité des prescriptions analysées avec la proportion de prescriptions comportant au moins une erreur sur le nombre de prescriptions analysées de façon rétroactive, par mois

service de médecine [7-9], mais on retrouve peu de retours concernant la mise en place de cette pratique aux urgences. Pourtant, un nombre important de patients entre à l'hôpital via le service des urgences (80 % des patients pour notre CH). De plus, plusieurs facteurs inhérents au fonctionnement d'un service d'urgences compliquent le recueil du traitement habituel : patient inconscient, temps limité, pathologie aiguë... Il a ainsi été montré que seuls 24,1 % des patients hospitalisés après passage aux urgences bénéficiaient d'une juste liste des traitements [10]. Or, la prescription réalisée aux urgences est souvent retranscrite telle quelle dans les services de soins, ce qui représente une source d'erreur importante. C'est pourquoi, il nous a paru pertinent d'implanter l'activité de conciliation médicamenteuse au sein de notre service d'urgences.

Nos résultats montrent une importante augmentation de l'activité au fil des mois et notamment à partir du mois de mai 2014. Cela correspond non seulement au doublement des effectifs dédiés à la conciliation médicamenteuse mais peut également s'expliquer par la familiarisation et l'adhésion croissante de l'équipe des urgences à cette pratique. Toutefois, malgré les efforts fournis, la proportion de patients conciliés par rapport au nombre de patients « conciliables » n'atteint actuellement que 17 %. Plusieurs facteurs expliquent ce chiffre. Tout d'abord, le nombre de patients éligibles correspond au nombre total de patients hospitalisés après un passage aux urgences, y compris durant les week-

ends et la nuit. Or, la présence pharmaceutique ne s'étend que du lundi au vendredi en journée. Par ailleurs, certains patients n'ont aucun traitement à domicile et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une conciliation médicamenteuse. Il nous a cependant été impossible de chiffrer la part occupée par cette catégorie de patients et de l'exclure du nombre total de patients passant aux urgences. Ce qui constitue un biais évident. Enfin, le turn over important des patients aux urgences, associé au caractère chronophage de cette activité (en moyenne de 30 min pour la réalisation d'un bilan de conciliation), impose des ressources humaines supérieures à celles dont nous disposons actuellement. La performance de cette activité pourrait être augmentée par l'accès au dossier pharmaceutique qui constituerait une source d'informations supplémentaire, fiable et rapidement accessible.

La conciliation médicamenteuse a permis d'intercepter de nombreuses erreurs médicamenteuses. En effet, 36 % des prescriptions comportaient au moins une divergence non intentionnelle. Ce taux est comparable à celui retrouvé dans plusieurs établissements [9,11]. Les erreurs les plus fréquentes sont les omissions de traitement. La classe pharmacologique la plus concernée étant les médicaments à visée cardiovasculaire. Nous avons par exemple fréquemment des oublis de bêtabloquants ou de diurétiques. Ces prescriptions incomplètes risquent d'être reconduites dans les services en aval avec des conséquences potentiellement graves pour le patient. Le second type de divergence le plus fréquent est

l'erreur de dosage. Ce type d'erreur peut s'avérer dangereux, notamment en cas de traitement à marge thérapeutique étroite. Nous rapportons par exemple le cas d'une patiente ayant signalé prendre un comprimé de warfarine le soir et chez qui a donc été prescrit un comprimé de warfarine 5 mg par jour. Suite à la conciliation médicamenteuse, il s'est avéré qu'elle prenait habituellement un comprimé de warfarine 2 mg par jour. Cette erreur interceptée aurait pu conduire à un trouble de la coagulation grave. Enfin, nous retrouvons 9 % de prescriptions pour lesquelles il y a eu confusion entre deux molécules. Par exemple, le cas d'une prescription comprenant du Janumet® (antidiabétique oral) à la place du Sine-met® (antiparkinsonien).

Par ailleurs, nous avons trouvé 172 prescriptions présentant au moins une divergence intentionnelle non documentée (soit 21 %). Ce type de divergence peut paraître anodin mais constitue en réalité également un risque pour le patient. En effet, une modification temporaire de traitement réalisée volontairement mais non signalée dans le dossier médical risque de ne jamais être rectifiée par la suite. D'où l'importance de relever ce type de divergence et d'apporter un complément d'information dans le dossier du patient.

L'impact non négligeable de cette activité sur la sécurité de prise en charge du patient a rapidement entraîné la satisfaction des prescripteurs des services de MCO. Ceux-ci ont d'emblée manifesté leur intérêt pour le projet et soutiennent largement sa pérennisation.

L'augmentation des effectifs dédiés à la conciliation médicamenteuse a permis de développer, à partir de mai 2014, la conciliation proactive. Celle-ci consiste à dresser la liste des traitements habituels du patient dès son arrivée et de la transmettre au médecin qui la prend en compte pour réaliser l'examen médical et la prescription à l'admission. Ce processus permet ainsi de prévenir les erreurs plutôt que de les intercepter. Une équipe du CH de Nîmes a montré que la conciliation réalisée de façon proactive par un pharmacien était associée à une réduction significative de la survenue d'erreurs médicamenteuses [12]. Ceci explique que la proportion de patients présentant au moins une divergence non intentionnelle sur le nombre total de patients conciliés diminue à partir du mois de mai, parallèlement à l'augmentation du nombre de conciliations proactives. Il convient toutefois de s'assurer a posteriori de l'absence d'erreur de transcription.

Notre méthodologie prévoit de prioriser les patients présents depuis le plus longtemps pour qui un transfert est programmé. Cependant, les urgentistes nous interpellent plus volontiers pour que nous priorisions certains patients venant d'arriver, en situation critique et pour lesquels ils ont des difficultés à établir un bilan médicamenteux. Tous tirent profit de cette méthode proactive, qui constitue un réel gain de temps pour les équipes soignantes mais aussi pour les équipes pharmaceutiques puisqu'il n'y a pas d'étape de retranscription et d'analyse de la prescription à l'admission.

Une des limites majeures de notre travail repose sur l'absence de graduation de la gravité des erreurs médicamenteuses. En effet, celles-ci ont été mesurées quantitativement et non qualitativement et, bien que la classe thérapeutique des molécules ait été relevée, leur service médical rendu n'a pas été renseigné. De même, les résultats n'ont pas été cotés en événements évités. Cela aurait pourtant permis de mesurer précisément l'impact clinique de notre démarche et de confirmer son importance. Enfin, un des principaux points à améliorer concerne la conciliation des patients admis la nuit et transférés avant l'arrivée de l'équipe pharmaceutique. Bien que les transferts nocturnes soient peu nombreux, ceux-ci représentent un risque d'erreur médicamenteuse supérieur lié à la réduction des effectifs médicaux et à l'impossibilité de joindre les intervenants extérieurs. Il serait intéressant à l'avenir de réaliser une conciliation a posteriori pour ces patients. L'équipe pharmaceutique du CH de Lunéville, pionnière dans l'instauration de la conciliation médicamenteuse, a largement amélioré sa performance en associant une activité de conciliation proactive aux urgences à une activité de conciliation dans les services de soin, réservée aux patients hospitalisés en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie [10].

Conclusion

L'activité de conciliation médicamenteuse permet la maîtrise du risque médicamenteux au cours de l'interface ville/hôpital et répond ainsi au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales paru en mai 2011 insistant sur l'importance de « renforcer la continuité du parcours de soins aux points de transition thérapeutique » [13]. La mise en œuvre de ce processus au sein du service des urgences représente un vrai challenge que nous avons souhaité relever. Plusieurs contraintes s'opposent à la réalisation de cette activité (admissions de patients 24h/24, faible disponibilité des urgentistes...). Il nous a néanmoins paru stratégique de développer la conciliation médicamenteuse dans ce service puisque l'admission à l'hôpital, qui s'effectue principalement aux urgences, constitue une étape critique dans le parcours du patient. De plus, cela permet de toucher l'ensemble des services en aval. Nos résultats sont encourageants et montrent une augmentation de l'activité avec un taux de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses non négligeable. De plus, cette pratique représente un gain de temps pour les médecins urgentistes et ceux des services de MCO qui disposent alors d'une liste exhaustive et précise des traitements du patient. Nous avons ainsi obtenu l'adhésion de l'ensemble des équipes qui nous sollicitent de plus en plus pour la réalisation de cette activité.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte> (dernier accès le 23/05/15)
2. 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. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo/texte> (dernier accès le 23/05/15)
3. Dufay E (2011) Pratiques professionnelles, conciliation des traitements médicamenteux. *Dialog Hopital* 17:7-9
4. Caglar S, Henneman PL, Blank FS et al (2011) Emergency department medication lists are not accurate. *J Emerg Med* 40:613-6
5. Dambrine M, Staelen P, Coffin P, et al (2014) Retour d'expérience de conciliation médicamenteuse au sein du service des urgences. [Résumé] Poster CP019, Congrès Urgences SFMU, Paris. Disponible sur http://www.sfm.u.org/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_19.htm (Dernier accès le 20/05/15)
6. Dobrzanski S, Hammond I, Khan G, Holdsworth H (2002) The nature of hospital prescribing errors. *Br J Clin Govern* 7:187-93
7. Mourterde A, Chauvin C, Rieu I, Bedouch P (2012) Faisabilité de la pratique de conciliation médicamenteuse en pratique courante : expérience au CHU de Grenoble. *Pharm Hosp Clin* 47:S2
8. Pourrat X, Corneau H, Floch S, et al (2013) Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm* 35:656-63
9. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, et al (2012) Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *Presse Med* 41:77-86
10. Doerper S, Morice S, Piney D, et al (2013) La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm Hosp Clin* 48:153-60
11. Doerper S (2011) La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Pharmacie
12. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, et al (2014) Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med* 25:808-14
13. Inspection Générale des Affaires Sociales (2011) Le circuit du médicament à l'hôpital. Rapport : Tome 1. Paris, France, N°RM2011-063P:56