

IMPACTS CLINICO-ÉCONOMIQUES D'UNE CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE DANS UN SERVICE DE COURT SEJOUR GERIATRIQUE

**Seher YILMAZ¹, Pascale CHERRIER¹,
Marie JAGER², Maryse CAMUS-PISZEZ¹**



ABPCH - 2 octobre 2015

1 : Pharmacie à Usage Intérieur

2 : Service de Court Séjour Gériatrique

Centre Hospitalier Marc Jacquet de Melun
2, rue Fréteau de Pény – 77011 Melun Cedex
01 64 71 60 00 www.ch-melun.fr



INTRODUCTION

Contexte (1/2)

- Les évènements indésirables graves liés aux soins (EIG) :
 - Ont des répercussions négatives sur la prise en charge médicale
 - Causes d'hospitalisation ou prolongations durée séjour
 - Incapacité, risque vital
 - Augmentent le coût de prise en charge

- En 2009, l'étude ENEIS * a mis en évidence :
 - 1,3 % des séjours sont causés par un EIG évitable associé aux médicaments
 - 0,7 EIG évitables liés aux médicaments pour 1000 jours d'hospitalisation

- Les patients les plus à risques sont :
 - Les patients âgés (âge ≥ 65 ans)
 - Polymédiqués

**Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins*

Contexte (2/2)

- Conciliation des traitements médicamenteux (CTM)
 - Processus formalisé interactif et **pluri-professionnel**
 - Assure la **continuité des soins** : prise en compte des traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription

- **Les objectifs de l'étude initiée au CSG**
 - Prévenir cette iatrogénie médicamenteuse
 - Organiser la mise en place d'une CTM
 - Evaluer ses bénéfices
 - Cliniques
 - Economiques
 - Estimer les ressources nécessaires (moyens matériels et humains)

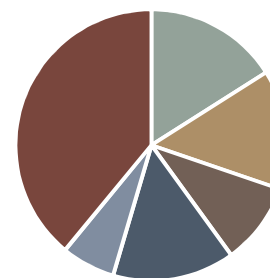
MATÉRIELS ET METHODE

Environnement

➤ Centre hospitalier de Melun

- 744 lits dont
- 244 dédiés aux personnes âgées

Répartition des lits du CHMJ - 2015



- santé mentale
- femme enfant
- chirurgie
- medecine
- urg-samu-smur-réa
- gériatrie

▪ Court séjour gériatrique (CSG)

- Patients ≥ 75 ans
- 37 lits
- Taux d'occupation de 99 % sur le premier semestre 2015
- La durée moyenne du séjour (DMS) en 2015 = 11,3 jours

Méthode (1/2)

① Réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)

➤ Qui ?

- Externe en pharmacie

➤ Quand ?

- Le lendemain matin de l'admission (dès que possible)

➤ Comment ?

- Critères d'inclusion, tous les patients sauf :
 - Patients incapables de communiquer
 - Sortis de l'hôpital avant les 24 premières h
 - Patients en isolement
- Recueil à partir **d'au moins 2 sources** d'information différentes (SFPC)
 - Entretien avec le patient et/ou son entourage
 - Contact auprès des officines de ville
 - Ordonnances de ville, dossier médical, compte-rendu d'hospitalisation (CRH) ...

Méthodes (2/3)

② Comparaison du BMO à l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA)

Chaque écart est considéré comme une divergence

③ Analyse des divergences avec le prescripteur

- Divergence intentionnelle (DI)
- Divergence non intentionnelle (DNI) = erreur médicamenteuse

④ Décision médicale sur la modification ou non de la prescription

➤ Evaluation de la CTM

- **Impact clinique**, grâce à la caractérisation 2013 de la SFPC-REMEDI

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

Méthodes (3/3)

- **Impact économique potentiel** des DNI (selon SFPC)
- Calcul des indicateurs de performance de la CTM «indicateurs Med'Rec de l'OMS»
 - MR1 : proportion de patients conciliés dans les 24 heures
 - MR2 : proportion de divergence intentionnelle (DI) par patients concilié
 - MR3 : proportion de divergence non intentionnelle (DNI) par patient concilié
 - MR4 : proportion de patient ayant au moins une DNI
 - MR5 : proportion de patient n'ayant aucune divergence
- Evaluation de la faisabilité de cette démarche
 - temps imparti, moyen humains, matériels

Résultats

Caractéristiques des patients

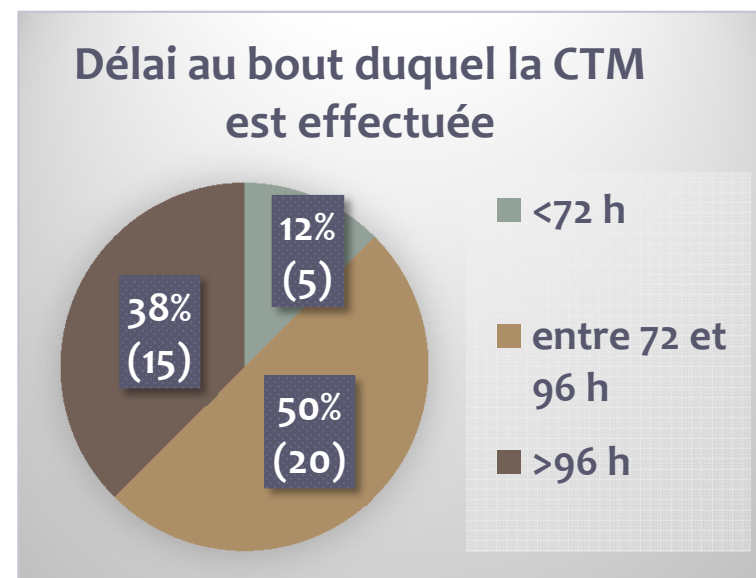
➤ Période d'étude du 29 juin au 4 août 2015 : 37 jours

78 patients hospitalisés au CSG
67 patients répondant aux critères d'inclusion
40 patients conciliés
27 non conciliés

Patients conciliés (40)	
Age moyen	88 ± 5 ans (extrêmes : 76-100 ans)
Nombre de femmes (%)	29 (72,5 %)
Nombre d'hommes (%)	11 (27,5 %)
% admission par les urgences	90 %
% de patients non conciliés	40 % des patients répondant aux critères d'inclusion (67 patients)

Modalités CTM

	Temps moyen par patient
Entretien patient/entourage	6 minutes (extrêmes : 5-10)
Dossier patient	5 minutes (extrêmes : 5-10)
Officine (contact + entretien téléphonique)	8 minutes (extrêmes : 6-12)
Total BMO	17 minutes (extrêmes : 10-28)
Entretien médecin	4 minutes (extrêmes : 2-5)
Total CTM (BMO + entretien médecin)	21 ± 5 minutes (extrêmes : 15-30)

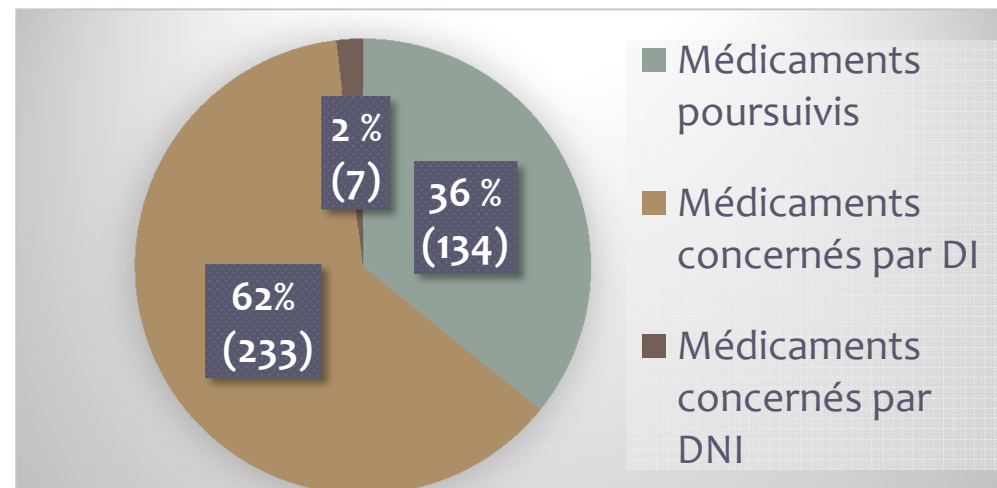


- En moyenne **4 sources** consultées (extrêmes : 2-5).
- Autres sources
 - boîtes de médicaments (1)
 - dossiers médicaux de liaison (6)
 - lettres de médecins traitants (1)

Evolution de la prescription médicamenteuse

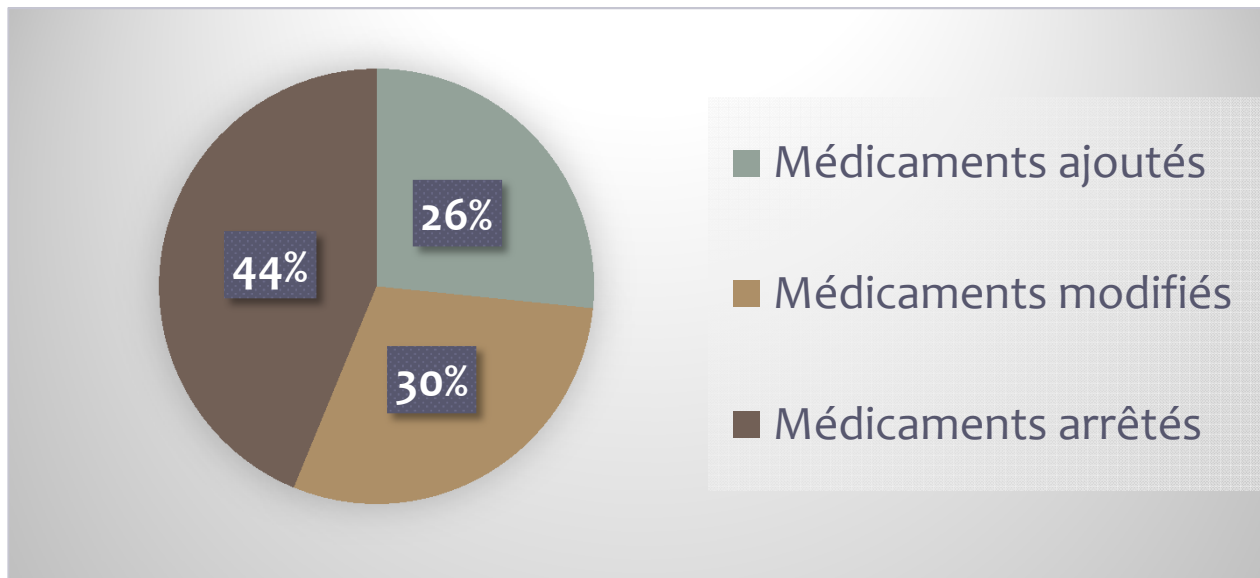
Nombre moyen de lignes de médicaments	
Avant hospitalisation	Pendant l'hospitalisation
8 ± 3 (extrêmes : 2-13)	6 ± 2 médicaments (extrêmes : 1-11)

- Répartition du nombre de lignes de médicaments sur l'OMA
- 240 divergences
 - 233 DI
 - 7 DNI



Divergences intentionnelles (DI)

➤ Origines des DI analysés à l'étape ②



Données collectées du 29/06 au 04/08

Indicateurs Med'Rec (MR) de l'OMS

MR1 : 0 % des patients conciliés dans les 24 premières heures

MR2 : 5,8 DI par patient concilié

233 DI /40 patients conciliés

MR3 : 0,18 DNI par patient concilié

7 DNI /40 patients conciliés

MR4 : 18 % des patients ayant au moins 1 DNI

7 patients ayant au moins 1 DNI /40 patients conciliés

MR5 : 100 % de patients présentent au moins une divergence

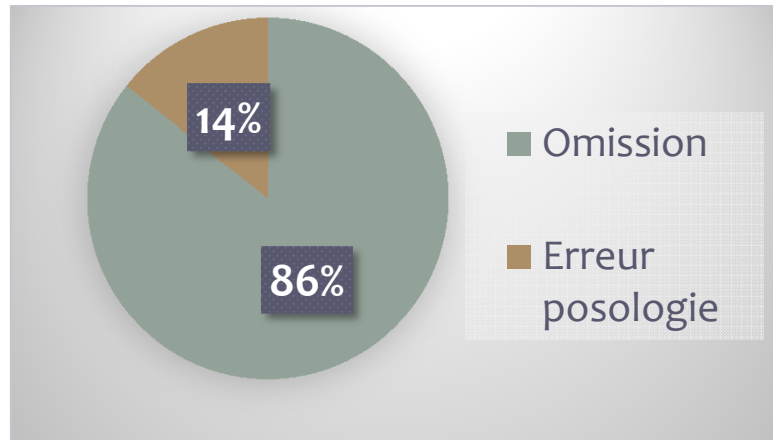
Divergences non intentionnelles (DNI)

➤ Caractéristiques des patients ayant une DNI

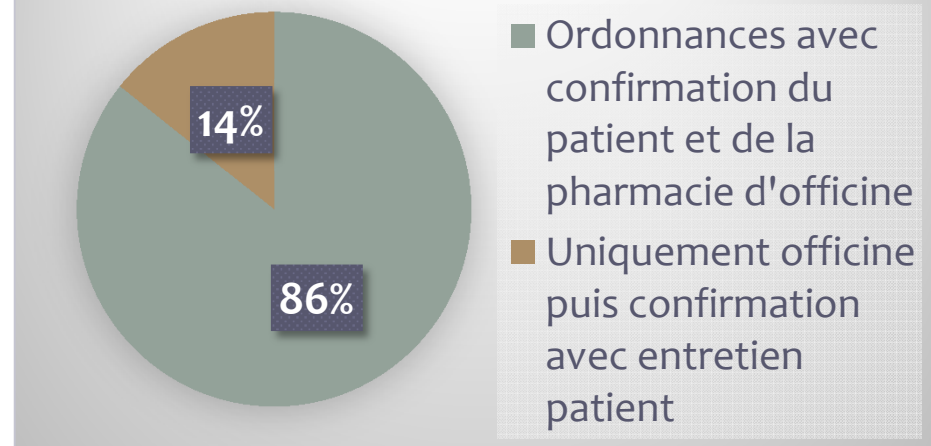
	Avec DNI	Sans DNI	P-value
Moyenne d'âge des patients	87 ± 7 ans	88 ± 5 ans	NS
Lignes de médicaments avant l'entrée au CSG	10 ± 3	8 ± 3	0,0126*

*: résultats significatifs p-value < $\alpha = 0,05$. NS : non significatif

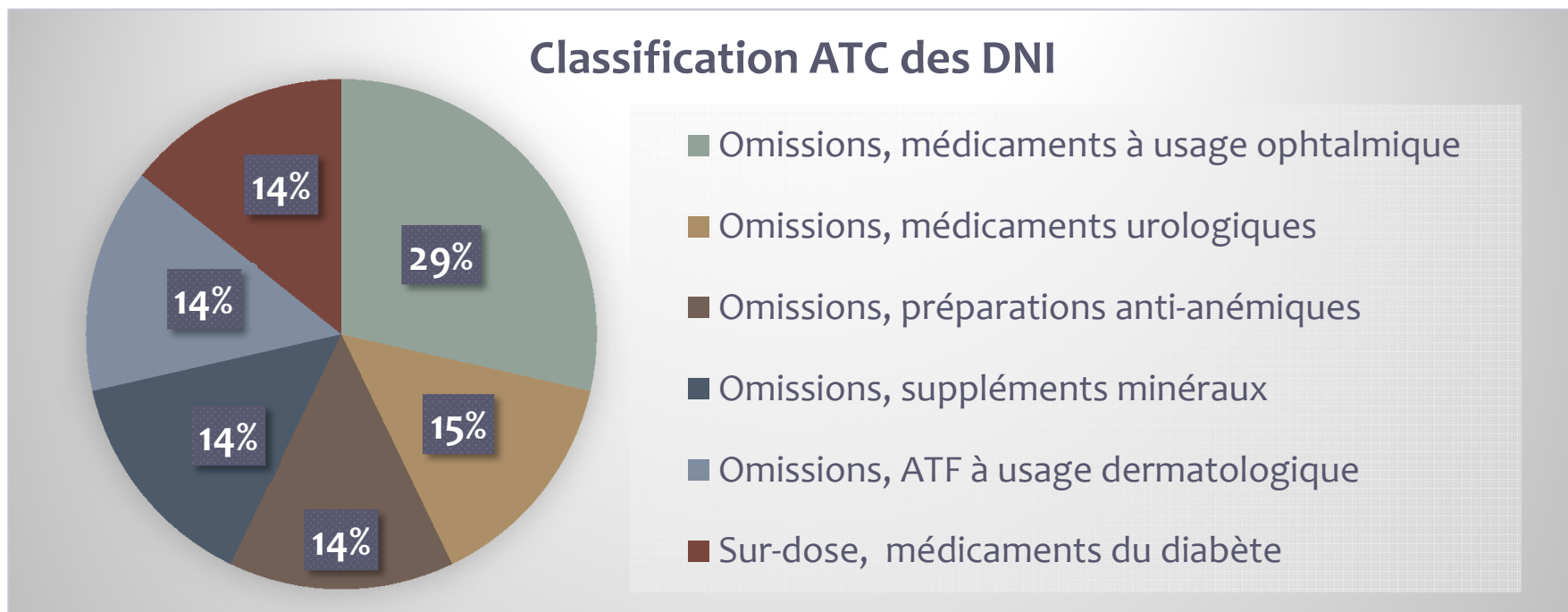
Analyse des DNI



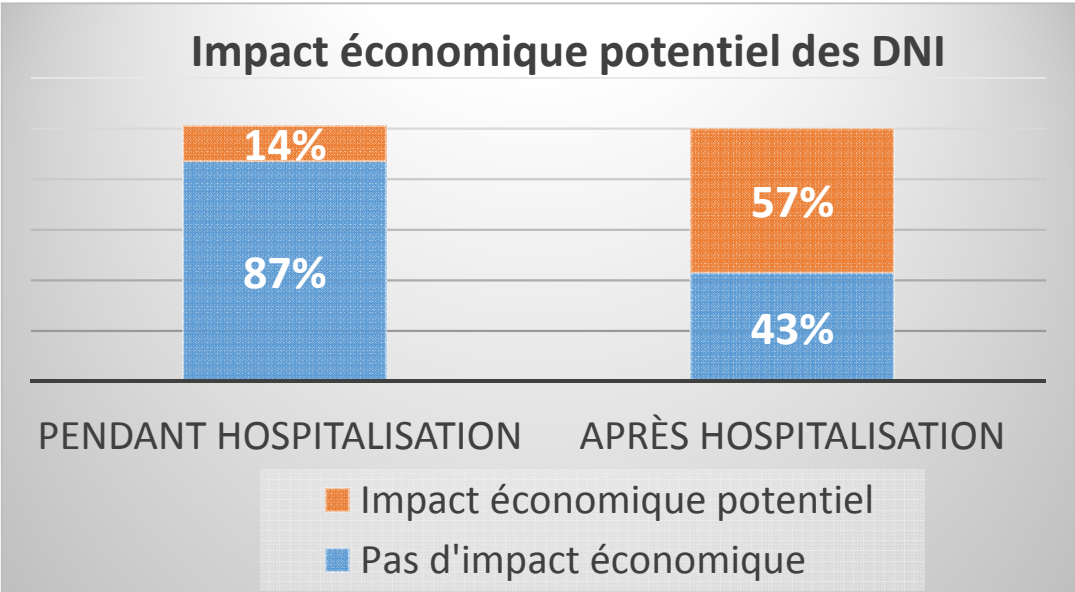
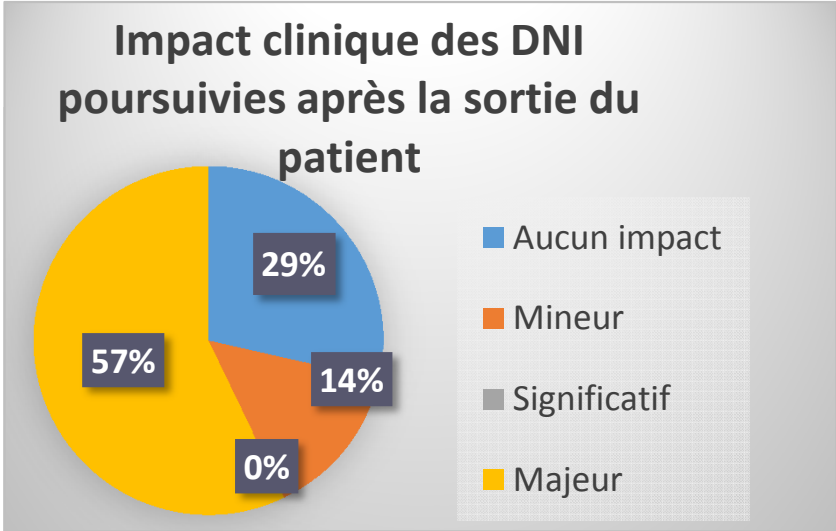
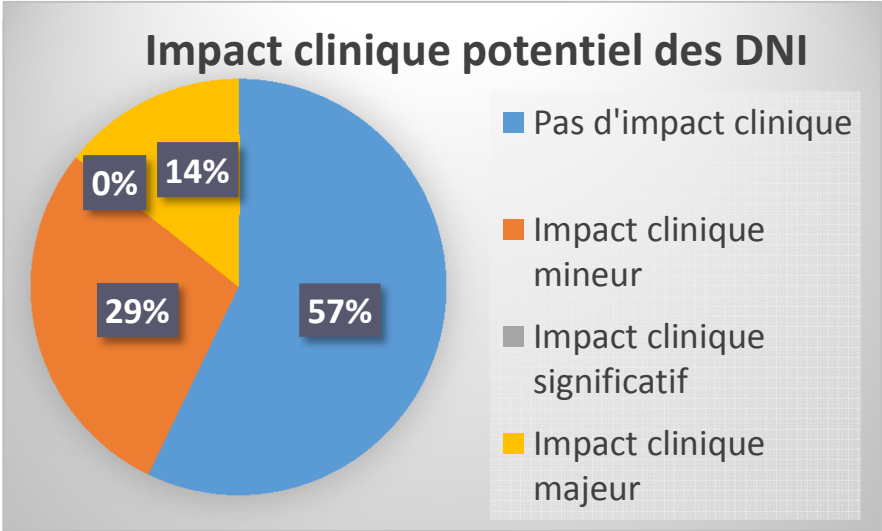
Sources d'information ayant permis d'identifier les DNI



Classification ATC des DNI



Impacts clinico-économiques



DISCUSSION

DNI et gravité dans la littérature

➤ DNI dans d'autres études

Etude CSG	CSG	N= 40 patients	87 ± 7 ans	18 % au moins 1 DNI
CH Luneville [1]	Urgences	N= 116	82 ± 8 ans	56,8 %
Cornish <i>et al.</i> [4]	Médecine interne	N= 151	77 ± 10 ans	53.6 %
Hôpital de Brest [5]	Médecine interne	N= 61	77 ± 7 ans	41 %

➤ Gravités potentielles des DNI

Etude CSG	43 % des DNI évaluées par un médecin hospitalier : impact clinique mineur : 29 % impact clinique majeur : 14 %
CH de Luneville [1]	impact clinique mineur : 69.1% des DNI impact significatif : 18,8 % un impact majeur : 5,2 %

Impact clinique pendant/après hospitalisation

Etude CSG	43% des DNI : impact clinique mineur à majeur durant l'hospitalisation	57 % après la sortie du service
Gleason et al [7]	22% des DNI identifiées : un impact clinique pendant la phase d'hospitalisation	59% après la sortie

- Plus la DNI perdure -> plus l'impact clinique augmente
- Intérêt de les détecter au plus tôt

Limites

- Aucune CTM réalisée dans les 48 premières heures
- ➔ **Problématique des patients admis le weekend**
- Patient âgés a des difficultés à se remémorer les traitements, les posologies ... **fiabilité de la source ?**
- 40 % des patients éligibles non conciliés par manque de temps
- **La notification dans le dossier patients** des modifications du traitement initial parait insuffisante.
- ➔ Axe amélioration, permettrait de lever toute ambiguïté entre le caractère intentionnel ou non intentionnel d'une divergence

CONCLUSION

Conclusion

- Détection d'une DNI à **impact clinique majeur chez 2,5 % des patients** (sur-dose anti-diabétique oral)
- Nécessité de la présence d'un 2^{ème} externe
- **Implication de membres de l'équipe pharmaceutique** (pharmacien, préparateurs) **et médicale**
- **Equipe multidisciplinaire + supports standardisés**
- **Privilégier la CTM dans le service des urgences en ciblant les patients les plus à risques** (âge supérieur à 65 ans, plusieurs pathologies, poly-médiqués)
- Recueil exhaustif des ATCD médicamenteux -> ↘ risque de survenue d'erreurs médicamenteuses après le transfert dans un autre service