



Reçu le :
3 août 2016
Accepté le :
11 mars 2017



Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience

Medication reconciliation in a general adult mental health care unit: Results of 3 years experience

P. Garriguet^{a,*}, P. Beauverie^a, S. Yassine^a, S. Mouffak^a, J. Alemanni^a, M. Gaudoneix-Taïeb^a, F. Richard^b, N. Chaumartin^c

^a Pôle médico-transversal, pharmacie à usage intérieur, groupe hospitalier Paul-Guiraud, 54, avenue de la République, 94806 Villejuif cedex, France

^b Pôle psychiatrie générale 92T2, secteur 92G17, groupe hospitalier Paul-Guiraud, 1, rue Andras-Beck, 92140 Clamart, France

^c Pôle soins somatiques, unité du 92T2, groupe hospitalier Paul-Guiraud, 1, rue Andras-Beck, 92140 Clamart, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Introduction. Medication reconciliation (MR) is a process assuring medication accuracy at transition points in the care pathway. It is not strongly developed in psychiatry but is based on the implementation of pharmaceutical activity extending beyond the pharmacy itself, adjusted to the principal risks and integrated in the “sector” policy which is the motor of French mental health organization. Since 2013, MR at hospital admission and discharge has been implemented in an adult mental health care unit. The present article reports the results.

Material and methods. All patients at admission were potentially eligible. Only those meeting at least one inclusion criterion (related to care pathway, the patient or at-risk medication) had retrospective MR within 24–72 hours of admission, followed by post-hoc MR in the first two weeks after discharge.

Results/discussion. Over a 3-year period, 2604 patients were assessed and 303 received MR at admission according to the inclusion criteria. Forty-two percent of included patients showed at least one unintentional medication discrepancy (UMD). Sixty-one percent of UMDs concerned unintended treatment cessation. One hundred and fifty-nine patients had MR at discharge and 30% of these showed at least one UMD, 93% of which concerned unintended cessation of somatic treatment.

Conclusion. On condition that indications are specified and that barriers unrelated to mental health care (organizational, institutional,

Résumé

Introduction. La conciliation médicamenteuse (CM) vise à sécuriser la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. Peu diffusée en psychiatrie, elle repose sur la mise en œuvre d'une activité pharmaceutique décloisonnée, ajustée aux principaux risques et intégrée à la politique de secteur qui anime la psychiatrie française. Depuis 2013, une CM d'entrée et de sortie a été introduite et mise en place sur un pôle de psychiatrie générale adulte. Il s'agit ici de rendre compte des résultats.

Matériel et méthode. Tous les patients entrants étaient potentiellement éligibles. Seuls ceux répondant à au moins un des critères d'inclusion retenus (liés aux parcours de soins, aux patients ou aux médicaments à risque) ont bénéficié d'une CM d'entrée rétrospective dans les 24–72 heures, puis d'une conciliation de sortie a posteriori dans les deux premières semaines suivant la sortie.

Résultat–discussion. Sur 3 ans et 2604 entrées directes, 303 patients ont bénéficié d'une CM à l'entrée au regard des critères d'inclusion. Parmi les patients inclus, 42 % présentaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI). Soixante et un pour cent des DNI correspondaient à des arrêts involontaires de traitement. Cent cinquante-neuf patients ont bénéficié d'une CM de sortie. Parmi eux, 30 % présentaient au moins une DNI. Il s'agissait, dans 93 % des cas, d'arrêts de traitements en lien avec la prise en charge somatique.

* Auteur correspondant.

e-mail : patrick.garriguet@ch-pgv.fr (P. Garriguet).

human resources-related) are removed, MR is a feasible and contributive process in mental health care.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Medication reconciliation, Admission, Iatrogenesis, Clinical pharmacy, Mental health care, Discharge

Conclusion. Sous réserve d'en préciser les indications et de lever les contraintes sans composante psychiatrique (organisationnelle, institutionnelle, ressources humaines), la CM est un processus concevable et pertinent en psychiatrie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Conciliation médicamenteuse, Entrée, Iatrogénie, Pharmacie clinique, Psychiatrie, Sortie

Introduction

La conciliation médicamenteuse vise à sécuriser la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. Il s'agit d'un développement promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sein de l'initiative « High 5s – agir pour la sécurité des patients ». En France, la Société française de pharmacie clinique (SFPC), la Haute Autorité de santé (HAS) et la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) accompagnent et soutiennent cette approche [1].

En psychiatrie générale adulte, la conciliation médicamenteuse repose, comme en médecine–chirurgie–obstétrique (MCO), sur la mise en œuvre d'une activité pharmaceutique décloisonnée et ajustée aux principaux risques (parcours de soins, patients, médicaments), mais elle nécessite aussi et surtout un ajustement à la politique de secteur qui anime la psychiatrie française depuis les années 1960. Chaque secteur ou service de psychiatrie dessert en ville (prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation temps partiel) et à l'hôpital (prise en charge en hospitalisation temps plein) un bassin de population voisin de 70 000 habitants. L'équipe du secteur de psychiatrie s'articule à la ville notamment dans le cadre des conseils locaux en santé mentale. In fine, 80 % de la file active d'un secteur de psychiatrie est suivie en ambulatoire (dispensation des traitements en pharmacie de ville). Dans ce cadre, pourquoi développer la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie en psychiatrie générale adulte ?

D'une part, la majorité des patients reçus en hospitalisation temps plein ne sont pas adressés par la médecine de ville ou les équipes assurant la prise en charge en ambulatoire mais ils le sont par les personnes physiques ou morales habilitées à demander des soins psychiatriques sans consentement du patient ou par les services d'accueil des urgences. En ce sens, l'entrée des patients est rarement programmée. Qui plus est, pour un même diagnostic psychiatrique, les besoins en santé, les pronostics et prises en charge étant extrêmement variables d'une personne à l'autre, la sortie est rarement planifiée. D'autre part, les patients reçus en hospitalisation souffrent plus fréquemment d'affections somatiques comorbides (diabète, maladies cardiovasculaires...) que la population générale, et présentent des facteurs de risque non contrôlés

(addictions, surpoids...) ou des conditions de vie très défavorables (stigmatisation, sans domicile fixe, sans papier...) se traduisant par une mortalité prématurée [2,3]. Ainsi, 30 à 60 % des patients pris en charge à temps complet en psychiatrie ont un diagnostic associé de pathologie somatique [4].

En mai 2012, l'établissement a ouvert un hôpital monobloc pour 1 pôle de psychiatrie générale comprenant 4 secteurs, 6 unités de soins et 120 lits d'hospitalisation temps plein distants d'une vingtaine de kilomètres du site principal de l'établissement. La pharmacie à usage intérieur a accompagné cette mesure structurante par la création d'une antenne pharmaceutique dont l'équipe exerce à mi-temps au sein de l'antenne afin d'assurer les missions logistiques en lien avec le circuit du médicament et à mi-temps dans les unités de soins pour développer des activités de pharmacie clinique. L'articulation entre les équipes de chaque pôle est cadrée par un contrat interpôles visant principalement à ajuster les grandes orientations du plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse à l'organisation des soins du pôle desservi. Au quotidien, 4 activités de pharmacie clinique sont portées par les pharmaciens (la conciliation médicamenteuse, l'analyse d'ordonnance de niveau II et III, l'analyse de dossier pharmaceutique dont l'historique médicamenteux et l'éducation thérapeutique médicamenteuse du patient).

La conciliation médicamenteuse d'entrée et la conciliation médicamenteuse de sortie ont été initiées respectivement début et fin 2013. La pratique a été introduite et essaimée par un pharmacien formé par la praxis au Québec. Ce développement est désormais reconnu localement au plan institutionnel, il est intégré au parcours de soins du patient et il s'inscrit dans un projet de généralisation d'un panier d'activités de pharmacie clinique à l'ensemble de l'établissement et aux 3 établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire spécialisé en psychiatrie.

Matériel et méthode

Tous les patients entrants (entrée conforme au secteur d'origine) sont potentiellement éligibles à la conciliation. Pour autant, seuls ceux répondant à au moins un des critères

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5122511>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5122511>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)