

Démarche de conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé ou médico-social

I. PREAMBULE

La **conciliation des traitements médicamenteux** (CTM), ou conciliation médicamenteuse est « une démarche de **prévention** et d'**interception** des **erreurs médicamenteuses** visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient dans son parcours de soins » ([Guide de conciliation - HAS 2018](#)). Elle repose sur le **partage des informations** entre les professionnels de santé et le patient, et permet de dresser, lors d'une nouvelle prescription, la **liste exhaustive** de tous les traitements pris et à prendre par le patient.

En plus de concourir à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la CTM peut être un **prérequis** à la réalisation d'un bilan de médication ([guide de codification OMédIT PACA-Corse/SFPC ; PBIL002](#)), qui fait partie des activités de pharmacie clinique réalisées en PUI ([décret PUI 2019](#)).

De plus, la CTM est un **critère standard** du manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins ([manuel HAS 2025](#)) et figure dans le parcours standard de la prise en charge médicamenteuse (PECM) de la HAS ([fiche pédagogique 2022](#)). Il devient donc important de tracer et suivre les actions mises en place pour les valoriser.

Ce document définit les **modalités de réalisation d'une CTM** dans les PUI afin de garantir la sécurité de la PECM des patients.

II. PERSONNELS CONCERNÉS

La CTM est une démarche pluriprofessionnelle reposant sur le partage d'informations, notamment entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Divers professionnels peuvent être impliqués en fonction de l'étape :

- Le **recueil de données (1) et la formalisation du bilan médicamenteux (2)** peuvent être réalisés par un médecin ou pharmacien diplômés ou en formation (interne, externe), une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un infirmier, un IPA, un préparateur en pharmacie hospitalière.
- **La validation du bilan médicamenteux (3)** est effectuée de préférence par le pharmacien, qui engage sa responsabilité en le signant. Néanmoins, tout prescripteur peut le valider, ainsi qu'un interne en pharmacie ou en médecine par délégation.
- **Le partage et l'exploitation (4)** du bilan médicamenteux concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient, avec, *a minima*, un échange collaboratif entre pharmacien et médecin.

La CTM peut être tracée pour chaque patient grâce à la codification proposée par l'OMédIT PACA-Corse et la SFPC ([lien](#)). Elle peut être valorisée dans le cadre de l'unité d'œuvre pharmacie ([UO Pharma](#)) lorsque les trois premières étapes ont été réalisées par un membre de l'équipe pharmaceutique.

Formation du personnel :

- Des formations théoriques et pratiques doivent être proposées aux professionnels de santé réalisant la CTM.
- Il est important que les outils de la CTM et le système d'information soient adaptés.

Il est aussi nécessaire de prévoir des **plans de communication décrivant la démarche de CTM à destination :**

- Des **professionnels de santé réalisant la CTM**, par exemple dans le livret du nouvel arrivant ;
- Des **professionnels de santé de la ville** (médecins, IDE à domicile, pharmaciens...), en **exercice coordonné**, ou du **GHT** ;
- Des **patients**, par exemple dans le **livret d'accueil** ou tout autre document lui étant remis.

III. MODALITES DE REALISATION DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

1) Processus

La CTM s'intègre à la politique de prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient, conjointement définie par la direction et la commission médicale d'établissement (CME) (figure 1). Ainsi, à sa mise en place, la direction fournit les ressources humaines et les moyens matériels nécessaires à la réalisation de la CTM. Une équipe projet pluridisciplinaire est identifiée pour piloter le processus de CTM et le responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la PECM est intégré dans l'équipe projet.

L'autodiagnostic ANAP « conciliation médicamenteuse » ([lien](#)) contenant un volet stratégie et un volet processus permet la réalisation d'un plan d'action pour la mise en œuvre de la CTM.

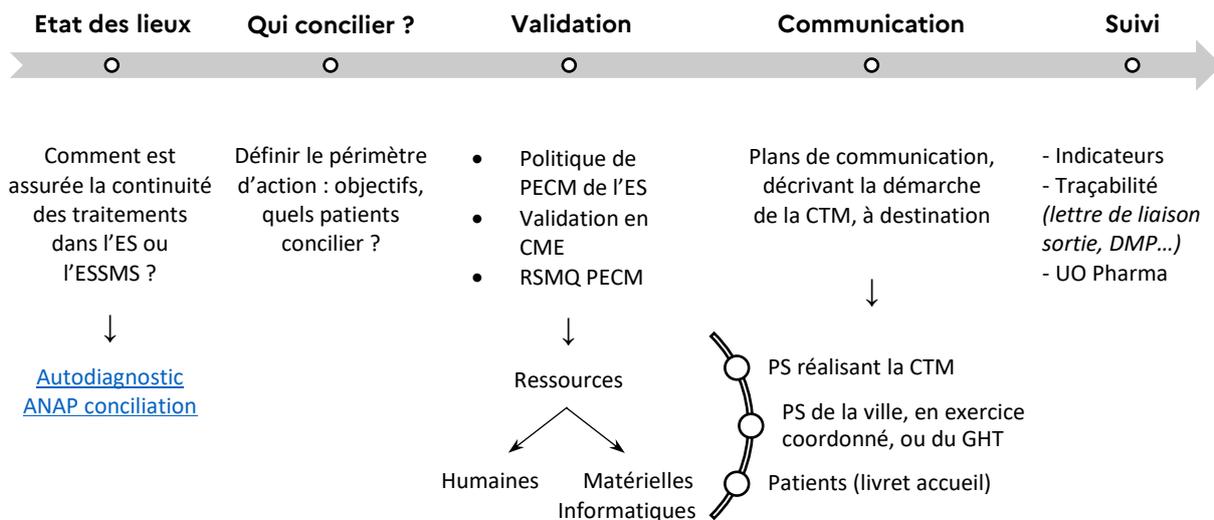


Figure 1 : Stratégie de déploiement de la CTM en ES et ESSMS

Légende :

ES : établissement de santé

ESSMS : établissement ou service social ou médico-social

CME : commission médicale d'établissement

RSMQ : responsable du système de management qualité

PECM : prise en charge médicamenteuse

PS : professionnels de santé

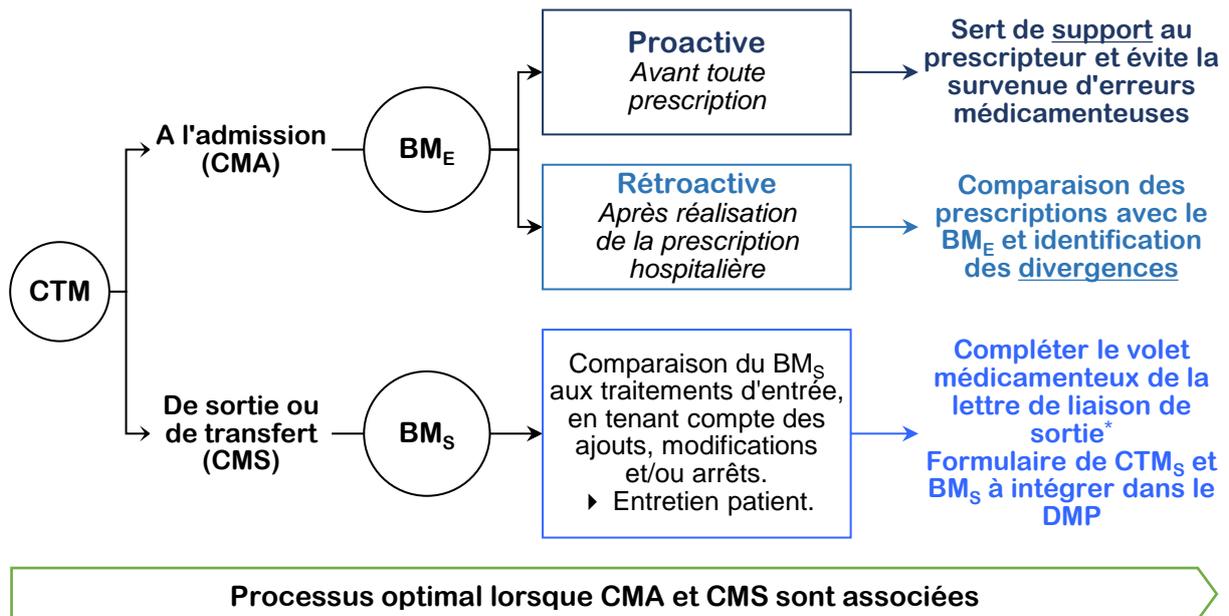
UO Pharma : unité d'œuvre pharmacie

GHT : Groupement hospitalier de territoire

La CTM vise à assurer la continuité de la PECM aux points de transition du patient, c'est-à-dire :

- Entre la ville et l'hôpital à l'**admission** du patient (conciliation médicamenteuse à l'admission, CMA), de manière proactive ou rétroactive en fonction du moment où le bilan médicamenteux (BM) est mis à la disposition du prescripteur (avant ou après la première prescription hospitalière) ;
- Entre la ville et l'entrée en établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) (par exemple, EHPAD) ;
- Entre l'hôpital et la ville à la **sortie** du patient ainsi qu'entre services ou entre établissements lors de son **transfert** (conciliation médicamenteuse de sortie, CMS).

La réalisation d'une CTM d'entrée associée à une CTM de transfert ou de sortie est un schéma optimal de sécurisation de la PECM.



[*Volet médicamenteux de la lettre de liaison de sortie \(HAS\) + décret 2016-995 relatif aux lettres de liaison](#)

Figure 2 : Différents types de conciliation des traitements médicamenteux

Légende :

CTM : conciliation des traitements médicamenteux

CMA : conciliation à l'admission

CMS : conciliation de sortie ou de transfert

BM_E : bilan médicamenteux d'entrée

BM_S : bilan médicamenteux de sortie

DMP : dossier médical partagé

Priorisation des patients :

Les établissements de santé doivent définir le périmètre des patients à concilier : l'éligibilité et/ou le ciblage des patients bénéficiant de la CTM sont définis conjointement entre la PUI, le responsable du système de management de la qualité et les unités de soins en cohérence avec la politique de la PECM. Elle doit être validée en CME.

Les patients à concilier peuvent être sélectionnés sur la base :

- De requêtes informatiques : définitions de filtres, par exemple : tous les patients âgés de plus de 65 ans programmés dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital ;
- De sollicitations de l'équipe médicale ;
- D'outils de priorisation (listes, score, grille...).

Plusieurs systèmes de priorisation sont possibles. L'OMÉDIT Centre-Val de Loire propose de classer les patients en fonction de l'unité de soin, de leur profil et de la présence de médicaments à risque ([lien](#)).

2) Les 4 étapes de la CTM

Quatre étapes composent le processus d'une CTM ([HAS - Les 4 séquences de la CTM](#)) :

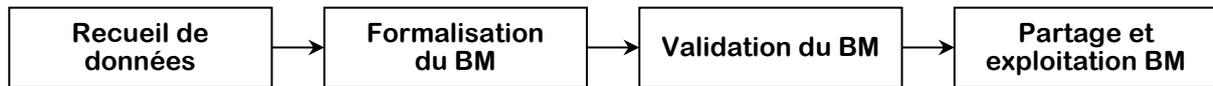


Figure 3 : Les étapes de la CTM

1. **Le recueil de données** permet d'établir la liste exhaustive et complète des traitements pris et à prendre par le patient.
2. **La formalisation du bilan médicamenteux (BM)** vise à synthétiser les informations recueillies.
3. **La validation du BM** permet de garantir la fin et la fiabilité du processus de réalisation.
4. **Le partage et l'exploitation du BM** :
 - Dans le cadre d'une CTM proactive : permet de rédiger la prescription.
 - Dans le cadre d'une CTM rétroactive : consiste à comparer le BM avec la prescription en cours, afin d'identifier les divergences et modifier la prescription si nécessaire après échange **médico-pharmaceutique**.

① Recueil de données

Plusieurs sources d'information peuvent être consultées, impliquant plusieurs effecteurs :

- Le patient : un entretien direct avec le patient doit nécessairement être réalisé si ses capacités cognitives le permettent (on pourra faire appel à un interprète si besoin).
 - ▶ Guide HAS : [Entretien du patient à l'admission en ES pour l'obtention du BM](#)
- Son entourage (aidant, personne de confiance)
- Les professionnels de santé de ville ou d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux le cas échéant
- Les ordonnances, les courriers des médecins, ainsi que le dossier médical partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique (DP)
- Les médicaments du domicile apportés par le patient

Pour recueillir l'exhaustivité et la complétude des traitements du patient, il est recommandé de croiser *a minima* 3 sources. Les informations sont partagées via un système sécurisé.

Au cours de l'entretien avec le patient et/ou son entourage, les informations suivantes doivent être recueillies :

- Celles relatives à l'entourage du patient :
 - Coordonnées médecin traitant et spécialistes, pharmacie d'officine, infirmier, personne de confiance
- Celles relatives aux traitements :
 - Carte vitale disponible pour accéder au dossier pharmaceutique (DP), au DMP, anciennes ordonnances, boîtes apportées par le patient
 - Médicaments, posologies, forme galénique, voie d'administration, modalités de prises
 - Automédication, phytothérapie, compléments alimentaires, vitamines

- Allergies
- Prise d'antibiotiques récente
- Topiques, patchs, collyres, dispositifs inhalés, injections
- Changement récent de prescription
- Celles concernant l'observance et les modalités de prise :
 - Prise de traitements : autonome ou non (aidant, infirmier, EHPAD)
 - Questionnaire pour évaluer l'adhésion / l'observance du patient, exemple : questionnaire « *Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux* » - Assurance maladie, [lien](#).
- ▶ Une fiche est mise à disposition par la HAS pour effectuer le recueil de données : [Fiche de recueil des informations par source pour concilier](#).
- ▶ La SFPC propose des vidéos de formation sur la conduite des entretiens : [lien](#).

② Formalisation du bilan médicamenteux

Le bilan médicamenteux est un **état des lieux à un instant donné** des médicaments d'un patient. Il s'agit d'un **document** qui établit la liste exhaustive et complète des médicaments et des autres produits de santé pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou spécialiste ou qu'ils soient pris en automédication. Il doit contenir les médicaments pris au long cours, les médicaments ponctuels (date de fin de prescription) ainsi que les médicaments planifiés à des fréquences particulières (exemple : chimiothérapie injectable à l'hôpital).

L'information sur le médicament doit permettre de retrouver :

- La dénomination commune, le dosage, la forme galénique, la voie d'administration
- La posologie : dose, rythme d'administration (rythmes particuliers mensuel, hebdomadaire...) et date de fin (si prescription temporaire)
- Les sources utilisées et leurs contacts.

Il est complété par tout **autre produit de santé** (produit diététique, dispositif médical, compléments alimentaires etc.).

Outre les informations concernant le patient, les sources d'information analysées, au minimum 3, voire autant que de besoin, sont également mentionnées.

Le bilan médicamenteux est donc un **document pivot dans le parcours de soins du patient**. Il est dynamique : chaque action conduit à sa réactualisation pour assurer la continuité des traitements médicamenteux du patient.

- ▶ L'OMÉDIT PACA-Corse propose un modèle de bilan médicamenteux : [document vierge](#) et [exemple](#).

Le bilan médicamenteux n'est pas une ordonnance. Il n'est pas un bilan de médication.

► Selon la SFPC : *Un bilan de médication ou revue de médication (Clinical Medication Review) est défini comme une analyse critique structurée des produits de santé du patient avec pour objectifs d'optimiser la thérapeutique et d'établir un consensus entre les professionnels de santé impliqués et avec le patient concernant son traitement. Le bilan de médication s'intéresse notamment à l'atteinte des objectifs thérapeutiques, aux effets indésirables et à l'adhésion médicamenteuse avec une approche holistique du patient. Il est réalisé selon la démarche d'expertise pharmaceutique clinique, pouvant ainsi conduire à la rédaction par le pharmacien d'un avis pharmaceutique. Le bilan de médication est réalisé en accord avec les bonnes pratiques de pharmacie clinique. Il est réalisé par le pharmacien soit à l'hôpital soit en soins primaires. Le bilan de médication est une activité complémentaire mais distincte de la conciliation médicamenteuse sur laquelle il peut s'appuyer.*

③ Validation du bilan médicamenteux

Cette étape atteste de la fin du processus de réalisation du BM et de sa fiabilité.

- Personnel habilité : de préférence le pharmacien, qui engage sa responsabilité en signant la fiche de CTM. Néanmoins, tout prescripteur peut le valider, ainsi qu'un interne en pharmacie ou en médecine par délégation.
- Le signataire engage sa **responsabilité**, il certifie que toutes les étapes du processus de conciliation ont été respectées et que le BM est cohérent avec les informations recueillies.

Le bilan médicamenteux est également co-signé par la personne l'ayant réalisé (exemple l'externe ou le préparateur en pharmacie hospitalière).

④ Partage et exploitation du bilan médicamenteux

Le BM réalisé et exploité sécurise la prise en charge médicamenteuse du patient.

Dans le cadre d'une CTM **proactive**, le BM sert de support à la prescription d'admission.

Dans celui d'une CTM **rétroactive**, il est comparé à l'ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA) afin de corriger les erreurs médicamenteuses (EM). Les écarts sont discutés avec le prescripteur. Il peut s'agir :

- De **divergences intentionnelles documentées** (DI) : voulues par le prescripteur et justifiées dans le compte rendu d'hospitalisation.
- De **divergences intentionnelles non documentées** (DIND) : ajout, modification ou arrêt d'un traitement non justifié dans le dossier du patient. Elles doivent être justifiées par le prescripteur.
- De **divergences non intentionnelles** (DNI) : encore dénommées erreurs médicamenteuses. Elles doivent être corrigées au cours de la CTM.

Les divergences identifiées sont systématiquement tracées. Le formulaire de conciliation des traitements est donc intégré dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).

La HAS propose une classification pour coter les EM (caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité, lien : [HAS 2018](#)).

La comparaison des écarts et leurs corrections permettent d'assurer la continuité des traitements pris habituellement par le patient (règle 5B).

De plus, cette étape peut être l'occasion de proposer au prescripteur des équivalences au livret thérapeutique pour les spécialités non référencées.

La HAS retient également parmi les objectifs du partage et de l'exploitation du bilan médicamenteux, **l'aide à la démarche diagnostique** ainsi que **l'amélioration de l'information du patient et de son entourage**.

Suite à l'échange médico-pharmaceutique, un formulaire de CTM est produit. Elle est intégrée au DPI et au DMP. Les données de la CTM de sortie sont transmises au pharmacien d'officine via une messagerie sécurisée.

- ▶ Modèle de CMA présenté sur le site de la HAS : [Modèle de fiche de conciliation des traitements à l'admission](#)
- ▶ Modèle de formulaire de conciliation de sortie proposé par l'OMÉDIT PACA-Corse [vierge](#) et [exemple](#).

Dans la continuité du parcours de soin, le formulaire de CTM de sortie doit être intégrée à la **lettre de liaison de sortie** ([lien Critère 2.1-14 référentiel HAS, version 2025](#)). Un modèle de volet médicamenteux à intégrer dans la lettre de liaison de sortie est également proposé par la HAS ([lien](#)). Elle comprend des informations utiles à la bonne compréhension de la PECM du patient.

De plus une fiche d'information patient incluant un plan de prise peut également être produite. Ce plan de prise doit être remis au patient et éventuellement déversé dans son DMP (Mon espace santé).

3) Traçabilité et codification

a) Objectifs de la traçabilité informatique

La traçabilité des actes (conciliation d'entrée et/ou de sortie) et la transmission des documents produits au cours de la conciliation est un gage de **qualité dans la PECM du patient**. Elle concourt au **partage des informations** entre les professionnels de santé, garantit l'**impact qualitatif** de la CTM sur la continuité de la PECM du patient, et fait le lien entre la ville et l'hôpital.

- ✓ En traçant les **actes**, il est possible de retrouver les patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse.
- ✓ Associer le bon code LOINC aux **documents** produits (bilan médicamenteux, formulaire de conciliation médicamenteuse, plan de prise, lettre liaison de sortie...) permet leur adressage correct dans le DMP.

Enfin, elle doit concourir au recueil automatique des données dans le cadre de l'Unité d'Œuvre (UO) Pharmacie, afin d'assurer la traçabilité et la valorisation.

b) Codification

Le typage et le codage des **documents de référence** sont présentés dans le tableau suivant.

Document	Intitulé DMP	Code LOINC
Bilan médicamenteux	Bilan médicamenteux	56445-0
Formulaire (ou fiche) de conciliation médicamenteuse	Formulaire de conciliation médicamenteuse	80820-4
Plan de prise	Planification thérapeutique	77604-7
Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins	Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins	11490-0
Lettre de liaison à la sortie d'une structure sociale ou médico-sociale	Lettre de liaison à la sortie d'une structure sociale ou médico-sociale	83981-1

Tableau 1 : Codage des documents de référence

Concernant le codage des **activités**, l'OMÉDIT PACA-Corse/SFPC propose depuis mars 2023 un guide de codification et de valorisation des activités de pharmacie clinique ([lien](#) guide de codification). Pour automatiser la codification des actes de conciliation, il est possible de créer un formulaire de saisie de ces actes dans le DPI. La création de requêtes sur le formulaire aidera à exploiter les données qualitatives et quantitatives dans le cadre de l'UO pharma.

- ▶ NB : seules les conciliations entièrement réalisées par l'équipe pharmaceutique peuvent être comptées dans l'UO pharma

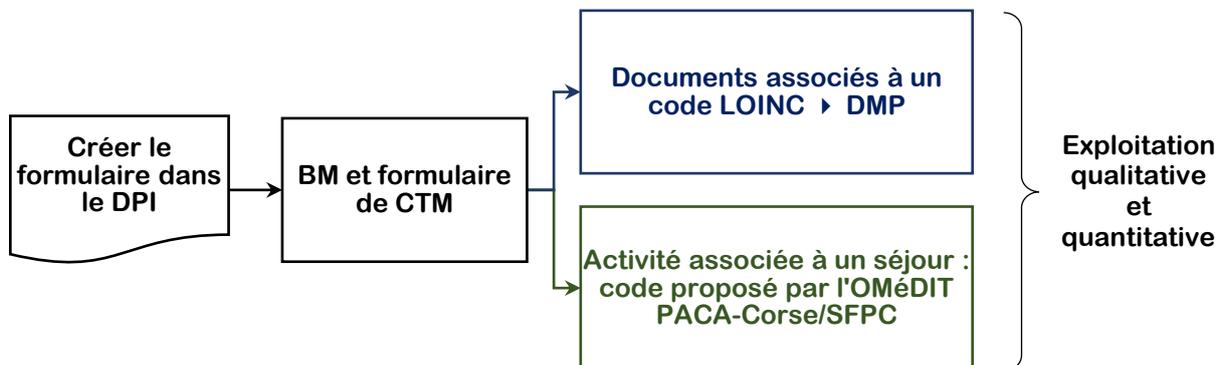


Figure 4 : Codification et traçabilité des actions de pharmacie clinique

Pour plus d'information sur l'UO pharmacie, consulter : UO PHARMA de l'ANAP de février 2023 ([lien](#)).

- ▶ [Synthèse de la codification des actes de pharmacie clinique en PUI](#) (OMÉDIT PACA-Corse, Juillet 2024)

c) Attendus des logiciels

Afin de faciliter le partage et l'exploitation des données issues de la CTM, il est nécessaire que les logiciels soient **interopérables**. Ils sont idéalement interfacés avec une base de données médicamenteuse, l'outil pour réaliser la CTM communique avec le LAP et/ou LAD, le DPI et le DMP. Il pourra également cibler les patients à concilier selon la règle établie par l'établissement et comparer le BM avec la prescription en cours, afin d'identifier les divergences.

L'OMÉDIT PACA-Corse propose un référentiel des fonctionnalités attendues des logiciels de pharmacie clinique incluant notamment les fonctionnalités liées à la CTM ([lien](#)).

4) Qualité et gestion des risques

Un état des lieux de la sécurisation de la PECM doit être effectué préalablement dans l'unité de soins ([CF outil ANAP autodiagnostic conciliation](#)). A l'issue de l'autodiagnostic ANAP, un plan d'action est rédigé.

Les procédures relatives au processus de conciliation (y compris en mode dégradé) et définissant le rôle de chacun doivent être disponibles et mises à jour.

Un suivi régulier de l'activité de CTM est nécessaire. La HAS propose plusieurs indicateurs dans la [partie 3.4 du guide de CTM](#), « Déterminer les indicateurs associés à la conciliation des traitements médicamenteux », dont :

- Le nombre de patients conciliés sur une période donnée ;
- Le délai entre l'entrée et la réalisation de la CTM (idéalement < 24 heures) ;
- Le nombre de divergences ;
- Le nombre d'EM corrigées.

Le paramétrage des logiciels doit permettre d'extraire les données nécessaires à leur calcul.

IV. DOCUMENTS ANNEXES

- Modèle OMÉDIT PACA-Corse bilan médicamenteux ([document vierge](#) et [exemple](#))
- Modèle OMÉDIT PACA-Corse formulaire de conciliation de sortie ([document vierge](#) et [exemple](#))
- [Fiche réflexe conciliation des traitements médicamenteux](#)

V. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- ❖ Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- ❖ 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 - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- ❖ Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - HAS 2018
- ❖ Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en oncologie - HAS, 2019
- ❖ Autodiagnostic ANAP Evaluer l'activité de la conciliation médicamenteuse (anap.fr)
- ❖ Mémo Conciliation des traitements médicamenteux - SFPC, 2015
- ❖ Posture en entretien - vidéo SFPC
- ❖ Lexique de pharmacie clinique, SFPC 2021
- ❖ Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la CTM - HAS, 2015
- ❖ Les 4 séquences de la CTM - HAS, 2017
- ❖ Référentiel de certification des établissements de santé - HAS 2025
- ❖ Guide de lecture et codage des activités de pharmacie clinique - OMÉDIT PACA-Corse/SFPC, novembre 2023
- ❖ Fonctionnalités attendues des logiciels d'aide à la pharmacie clinique - OMÉDIT PACA-Corse, 09 février 2024
- ❖ Questionnaire d'évaluation de l'observance, Ameli
- ❖ Article R5126-10 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- ❖ Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

VI. REDACTEURS

Equipe OMÉDIT PACA-Corse

Rédacteurs :

BOUCARD Marine, Docteur junior en pharmacie hospitalière

BRACCINI Julie, Interne en pharmacie hospitalière

DHO Lucile, Interne en pharmacie hospitalière

FELKER Gwendoline, Pharmacien assistant spécialiste

Relecteurs :

BEAUGER Davy, Ingénieur épidémiologiste

DURAND Marilou, Etudiante en pharmacie

GARD Claudine, Pharmacien PH

HONORE Stéphane, PU-PH, Responsable de l'OMÉDIT PACA-Corse

LABAT Carole, Pharmacien PH

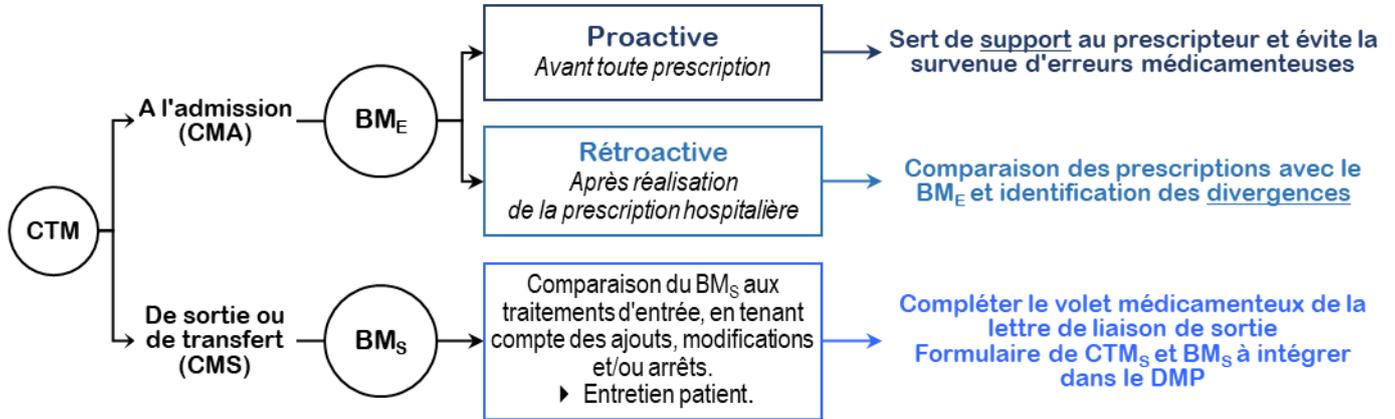
FICHE REFLEXE : Conciliation des Traitements Médicamenteux

► Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Juillet 2024

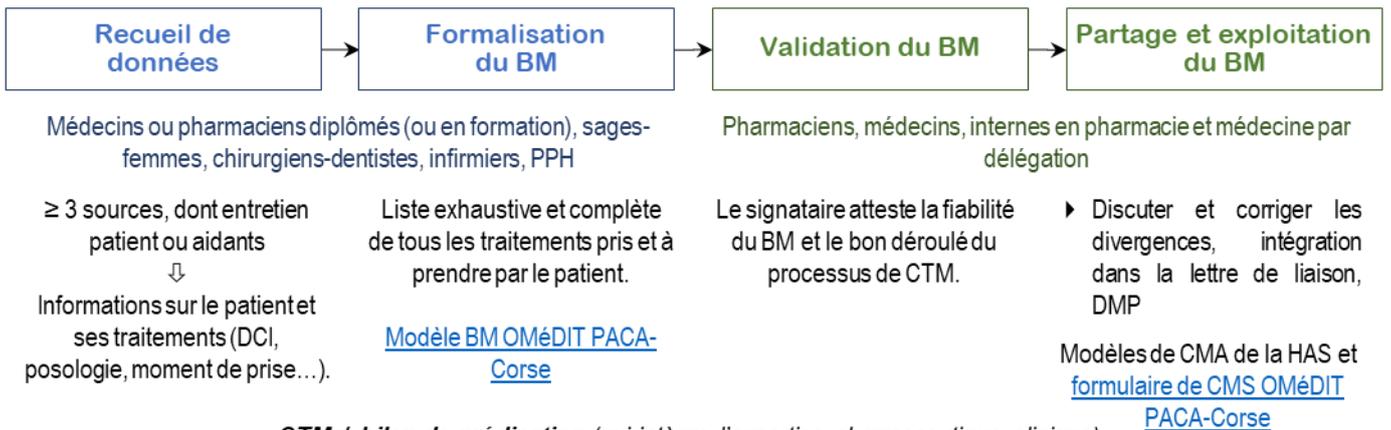
① Différents types de CTM

► Définir les patients éligibles à la CTM



► Processus optimal lorsque CMA et CMS sont associées.

② Les 4 étapes du processus de conciliation

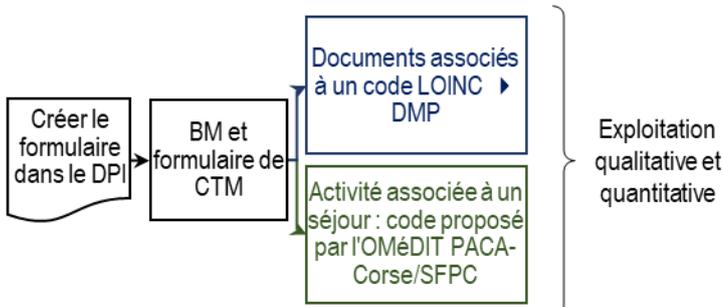


CTM ≠ bilan de médication (qui intègre l'expertise pharmaceutique clinique).

③ Traçabilité et codification des actes

Dépôt dans le LAP/LAD, dans le dossier patient informatisé (DPI) et le DMP ; et communication par messagerie sécurisée entre les professionnels de santé.

NB : importance d'avoir des logiciels interopérables.



Actes	Codification des activités OMéDIT PACA-Corse/SFPC	Documents/formulaires Codes LOINC (DMP)
CTM _E	CONE001-01*	Bilan médicamenteux : 56445-0 (proactif) Formulaire de conciliation : 80820-4 (rétroactif)
CTM _S	CONS001-01*	Formulaire de conciliation : 80820-4 Lettre de liaison de sortie d'un ES : 11490-0 et d'un ESSMS : 83981-1

* Si la CTM est intégralement réalisée par l'équipe de la PUI

- ✓ Sécurisation PECM, communication informations entre professionnels
- ✓ Valorisation des actes