



OUTILS DE PRIORISATION EN PHARMACIE CLINIQUE

Guide d'utilisation

Sommaire

Sommaire.....	3
Contexte.....	4
Grille de priorisation par service.....	6
1. Objectifs.....	6
2. Utilisation de la grille.....	6
a. Présentation des critères proposés.....	6
b. Présentation de l'outil.....	8
3. Adaptation de la grille à l'établissement.....	10
a. Personnalisation de critères existants.....	10
b. Ajout de critères.....	10
c. Suppression de critères.....	10
d. Ajouter/supprimer des services.....	11
Critères de priorisation par patient (liste non exhaustive).....	12
1. Objectifs.....	12
2. Utilisation de la liste.....	12
a. Présentation des critères proposés.....	12
b. Présentation de l'outil.....	15
Suivi des activités de pharmacie clinique.....	17

Contexte

L'iatrogénie médicamenteuse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1969 comme : « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ».

Dans le rapport de l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) 2009, il a été identifié que les événements indésirables graves (EIG) évitables liés aux soins ont causé 2,6 % (IC à 95 % [1,8-3,2]) de l'ensemble des séjours hospitaliers. Les médicaments étaient à l'origine de plus de 40 % de ces EIG.

Dans ce contexte, l'ordonnance N°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI), a notamment confié aux pharmaciens la mission de mener toute action de pharmacie clinique en vue de contribuer à la sécurisation, à la qualité, à la pertinence et à l'efficacité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient.

Parmi les activités de pharmacie clinique figurent :

- L'analyse pharmaceutique des prescriptions
- La conciliation médicamenteuse
- L'éducation thérapeutique du patient
- Le conseil aux patients et soignants
- La surveillance du traitement

La pharmacie clinique est également au cœur du CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins). Effectivement, 3 indicateurs nationaux sur le thème du déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse sont mis en place ainsi que 5 indicateurs régionaux en Normandie.

Par le biais de ces activités de pharmacie clinique, le pharmacien réalise donc des interventions pharmaceutiques qui vont permettre la maîtrise du risque iatrogénique médicamenteux au quotidien. Mais, pour exercer ces activités, il est également confronté à plusieurs problématiques : budget, ressources humaines, logistique... Comment s'y prendre pour développer la pharmacie clinique ? Par où commencer ? Comment prioriser les patients et les situations les plus à risque ?

Dans ce contexte, des outils de priorisation ainsi que le guide d'utilisation qui les accompagne ont été élaborés par l'OMEDIT Normandie en lien avec un groupe de travail afin de proposer des outils pratiques et simples d'utilisation pour aider les établissements de santé à prioriser leurs activités de pharmacie clinique. Il faut cependant rappeler que ces outils ont pour but d'identifier les services et patients à risque pour leur donner la priorité mais pas l'exclusivité. C'est pour cela qu'aucun seuil ne sera fixé dans ce guide.

Ces grilles vont également permettre de répondre aux indicateurs (50 à 57) du volet obligatoire du CAQES en lien avec le **déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse.**

En effet grâce à ce guide les établissements pourront :

- Définir un plan de déploiement de la pharmacie clinique (analyse pharmaceutique et conciliation médicamenteuse du traitement notamment),
- Identifier les secteurs devant prioritairement faire l'objet d'une analyse pharmaceutique/ conciliation médicamenteuse au regard des types de prise en charge, des populations accueillies et des médicaments utilisés,
- Définir d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières à analyser et de patients priorités cibles à concilier.

Grille de priorisation par service

1. Objectifs

Cette grille est un outil élaboré pour aider à prioriser le/les service(s) de soins dans lesquels la pharmacie clinique sera mise en œuvre avec pour but le déploiement de l'analyse pharmaceutique de niveau 2 selon la Société française de pharmacie clinique (SFPC). Une fois cet objectif atteint dans les services ciblés, il sera possible de pousser le déploiement de la pharmacie clinique en mettant en place une priorisation des patients « à risque ».

2. Utilisation de la grille

a. **Présentation des critères proposés**

Choix des critères :

Les critères suivants ont été sélectionnés en s'inspirant de plusieurs outils de priorisation déjà mis en place dans d'autres régions :

Nguyen T-L, Leguelinel-Blache G, Kinowski J-M, Roux-Marson C, Rougier M, Spence J, et al. (2017) *Improving medication safety: Development and impact of a multivariate model-based strategy to target high-risk patients*. PLoS ONE 12(2): e0171995. doi:10.1371/journal.pone.0171995

Bigot, Audrey (2015) *Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? Élaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse global des risques*. Thèse d'exercice en Pharmacie, Université Toulouse III - Paul Sabatier.

Passage par les urgences :

Pourcentage de séjours sur 1 mois avec passage par les urgences.

Durée de séjour supérieure à la moyenne :

Pourcentage de séjours sur 1 mois dont la durée est supérieure à la moyenne soit un IP-DMS > 1.

L'IP-DMS (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour) est un indicateur ANAP qui rapporte la durée moyenne de séjour observée sur la durée moyenne de séjour de référence. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

Ages extrêmes :

Pourcentage de séjours sur 1 mois où le patient avait un âge > 75 ans ou < 15 ans.

Comorbidités associées :

Pourcentage de séjours sur 1 mois ayant un GHM de niveau 4.

Les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification médicoéconomique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

Les GHM peuvent être classés selon un niveau de sévérité des complications et morbidités associées (CMA). Il existe quatre niveaux de sévérité. Le grade 4 constitue le niveau de sévérité maximal.

Pharmacie clinique :

Le déploiement de la pharmacie clinique pourra se mettre en place plus facilement dans un service où elle est déjà un peu effective (connaissance de l'équipe médicale et soignante, sensibilisation à la problématique, ...) De plus, il faut maintenir cette activité si elle est déjà déployée.

Pour ce critère vous avez une liste déroulante de choix :

- Répondre 100% si la pharmacie clinique est déjà développée (même partiellement).
- Répondre 0% si elle ne l'est pas.

Informatisation du service

L'absence d'informatisation constitue un risque mais il semble aussi plus facile de déployer la pharmacie clinique dans un service où les prescriptions sont informatisées (gain de temps, pas de soucis de relecture, travail à distance...).

Pour ce critère vous avez une liste déroulante de choix :

- Répondre 100% si le service est informatisé.
- Répondre 0% s'il ne l'est pas.

b. Présentation de l'outil

Cette grille est composée de 10 colonnes :

- La colonne C permet de renseigner le nom du service de soins
- Les colonnes E à K concernent les critères de priorisation
- La colonne M indique le score du service
- La colonne N indique son rang

Les quatre premiers critères (colonnes E à H) pourront être extraits par le DIM de chaque établissement. Ils concernent des indicateurs ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Ils sont exprimés en % de séjours concernés par le critère sur un temps t à définir par l'établissement de santé (le temps « 1 mois » sera ici utilisé comme exemple).

Les deux critères suivants (colonnes I et J) sont à remplir sur un mode de réponse binaire (oui = 100% ; non = 0%).

Enfin, le dernier critère proposé est un critère libre établissement (colonne K).

Chaque critère peut être utilisé, modifié ou supprimé afin de s'adapter au mieux à l'activité de l'établissement. Certains critères peuvent également être ajoutés.

Chaque critère est pondéré de la même manière (100% = 1 point). Un score s'affiche en faisant la somme des points (colonne M) et permet d'attribuer un rang de priorisation à chaque service (colonne N). Plus le score augmente plus le rang est proche de 1. Une gamme de couleur s'affiche en fonction du rang du service. Plus celui-ci va vers 1 plus la couleur tend vers le rouge. Ce sont les services avec le rang proche de 1 qui seront à prioriser.

Pour les services qui n'auront pas été choisis comme services à prioriser, il est important de prévoir une organisation minimale (par exemple analyse pharmaceutique de niveau 1) , pour assurer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Microsoft Excel interface showing a spreadsheet titled "GRILLE PRIORISATION SERVICES DE SOINS". The spreadsheet contains a table with the following columns and data:

Nom du service	Passage par les urgences (% séjours)	Durée de séjour supérieure à la moyenne (IP-DMS > 1) (% séjours)	Age > 75 ans ou âge < 15 ans (% séjours)	Comorbidités associées : GHM niveau 4 (sévérité maximale) (% séjours)	Pharmacie clinique déjà déployée en partie dans le service	Critère libre établissement	SCORE	RANG
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1
							0,00	1

The spreadsheet also includes the omedit Normandie logo and a status bar at the bottom indicating "GRILLE PRIO SERVICE - GRILLE PRIO PATIENT".

3. Adaptation de la grille à l'établissement

a. Personnalisation de critères existants

Les critères de cette grille se veulent personnalisables. Ainsi, si vous souhaitez ajouter ou supprimer des critères vous le pouvez (*cf. infra*). Les critères existants sont également personnalisables :

Exemple : votre établissement ne possède pas de service pédiatrique : vous pouvez modifier le critère Age > 75 ans ou < 15 ans en âge > 75 ans uniquement. Vous pouvez également décider de moduler cette page à votre guise.

b. Ajout de critères

Si vous souhaitez ajouter un critère supplémentaire, une colonne « Critère libre établissement » est à votre disposition (colonne K).

Pour ajouter plus d'un critère supplémentaire en maintenant les formules de calcul :

- Sélectionner la colonne K
- Clic droit
- Cliquer sur Insertion
- Cliquer sur le petit pinceau en haut de la colonne (options d'insertion)
- Sélectionner « Format identique à celui de droite »

Vous obtenez ainsi une colonne comptabilisée dans les scores mais vide.

Pour obtenir un critère avec un mode de choix binaire identique aux critères de pharmacie clinique et d'informatisation après avoir cliqué sur le petit pinceau sélectionner « format identique à celui de gauche ». Procéder de même pour le nombre de critères de votre choix.

c. Suppression de critères

Pour supprimer un critère il suffit de sélectionner la colonne concernée, d'effectuer un clic droit et de cliquer sur supprimer.

d. Ajouter/supprimer des services

Pour Ajouter un service :

- Sélectionner la ligne 15
- Effectuer un clic droit
- Cliquer sur Insertion
- Une nouvelle ligne apparaît

Pour supprimer un service :

- Sélectionner la ligne concernée
- Effectuer un clic droit
- Cliquer sur supprimer
- La ligne disparaît

Critères de priorisation par patient (liste non exhaustive)

1. Objectifs

Cette liste de critères est un outil élaboré pour aider à prioriser les patients à risque pour lesquels des actions de pharmacie clinique (analyse pharmaceutique clinique (niveau 2/3), conciliation médicamenteuse, entretien pharmaceutique, ETP, conseil de bon usage, ... seront mises en œuvre dans les services de soins.

2. Utilisation de la liste

a. Présentation des critères proposés

Activité de pharmacie clinique demandée par l'équipe médicale :

Il est important d'effectuer une activité pharmaceutique (conciliation, , entretien pharmaceutique, ETP ...) au sein du service, pour un patient donné, si elle est demandée par l'équipe médicale afin de favoriser le développement des liens entre la pharmacie et le service.

Ages extrêmes :

Le patient est-il âgé de moins de 15 ans ou de plus de 75 ans ?

➤ *Risque iatrogénique lié à âge (arrêté RETEX du 6 avril 2011, patients à risque)*

Insuffisants rénaux :

Le patient est-il insuffisant rénal sévère ?

➤ *Risque iatrogénique lié à l'insuffisance rénale*

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique :

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	> 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).

[Maladie rénale chronique de l'adulte, HAS, Février 2012]

Le rein a une place prépondérante dans l'élimination des médicaments par l'organisme. En cas d'insuffisance rénale, la modification des fonctions d'élimination du rein se traduit majoritairement par une augmentation du temps de demi-vie des médicaments. A posologie équivalente, par rapport au patient normorénal, le patient insuffisant rénal est exposé à une accumulation du médicament ou de ses métabolites dans l'organisme.

Patients cirrhotiques :

Le patient est-il cirrhotique ?

➤ *Risque iatrogénique lié à l'insuffisance hépatique*

La cirrhose est une affection irréversible et diffuse du foie caractérisée par une fibrose cicatricielle évolutive ou non qui désorganise l'architecture lobulaire normale et la formation de nodules. Il en résulte trois conséquences :

- insuffisance hépatocellulaire, déficit fonctionnel lié à la diminution du nombre des hépatocytes et à la mauvaise qualité de leur vascularisation ;
- hypertension portale, en amont du foie qui se comporte comme un obstacle réduisant le flux et augmentant la pression dans la veine porte d'où formation de voies de dérivation notamment de varices œsophagiennes à l'origine d'hémorragies digestives ;

- état précancéreux.

[Définition de la Société nationale française de gastro entérologie (SNFGE), <https://www.snfge.org/content/cirrhose>, consulté en janvier 2018]

Ce critère est à valider dès que la notion d'une cirrhose ou d'une insuffisance hépatique apparaît dans le dossier patient.

Patients diabétiques :

Le patient est-il diabétique ?

➤ *Risques iatrogéniques liés à l'insuline (Never events) et aux antidiabétiques oraux (ISMP's List of High-Alert Medications)*

Patients atteints d'un cancer :

Le patient est-il atteint d'un cancer ?

➤ *Risque iatrogénique lié au patient et à la chimiothérapie*

La prise en charge thérapeutique des patients atteints de cancer est reconnue comme particulièrement à risque. Elle est étroitement liée aux caractéristiques des chimiothérapies, aux protocoles médicamenteux et aux patients :

- Toxicité importante des chimiothérapies anticancéreuses y compris aux doses thérapeutiques.
- Marge thérapeutique étroite des médicaments anticancéreux.
- Complexité des schémas thérapeutiques associant des anticancéreux.
- Polymédication importante des patients atteints de cancer (chimiothérapies, soins de support, traitement des comorbidités associées).
- Risque élevé d'interactions médicamenteuses associé aux agents anticancéreux.
- Susceptibilité particulière aux EIM des patients atteints de cancer.

Polymédication :

Le patient prend-il plus de 5 médicaments ?

➤ *Risque iatrogénique lié à la polymédication*

La polymédication est un facteur de risque établi de survenue d'effets indésirables médicamenteux.

[Calderón-Larrañaga, Amaia et al. "Multimorbidity, Polypharmacy, Referrals, and Adverse Drug Events: Are We Doing Things Well?" *The British Journal of General Practice* 62.605 (2012): e821–e826.]

Médicaments à risque (liste non exhaustive):

Le patient prend-il un des médicaments suivants :

- Anticoagulants oraux ou injectables ? (Never events)
- Digoxine ? (Marge thérapeutique étroite)
- Immunosuppresseurs ? (Marge thérapeutique étroite)
- Autres (au choix de l'établissement)

➤ *Risque iatrogénique lié à certains médicaments*

Arrêté du 6 avril 2011 (RETEX) : « Médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient. Il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite ».

b. Présentation de l'outil

La liste de priorisation par patient est composée de 10 critères d'orientation à la réalisation d'activités de pharmacie clinique. Elle permet d'identifier, au sein d'un service de soins, les patients les plus à risque pour lesquels il faut réaliser en priorité des activités de pharmacie clinique. Ces patients sont ceux qui comptabilisent le plus de critères d'orientation.

Il existe également une case « critère libre ». Effectivement, chaque établissement peut ainsi personnaliser cette liste en fonction de ses besoins propres. Il s'agit d'une liste non exhaustive de critères qui se veut indicative et évolutive.

CRITERES DE PRIORISATION PAR PATIENT | (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Date :/...../..... Service : Nom de patient :

- Activité de pharmacie clinique demandée par l'équipe médicale
(Conciliation, entretien pharmaceutique, ETP ...)
- Age > 75 ans ou âge < 15 ans
- Insuffisant rénal
- Patient cirrhotique
- Patient diabétique
- Patient atteint d'un cancer
- Plus de 5 médicaments sur l'ordonnance « habituelle »
- Prescription d'anticoagulants oraux ou injectables
- Prescription d'immunosuppresseurs
- Prescription de Digoxine ou autres médicaments à risque
- Critère libre établissement :
.....

Nombre total de critères :

Suivi des activités de pharmacie clinique

Le suivi de ces activités de priorisation ainsi que celui des activités de pharmacie clinique doit être réalisé afin de satisfaire aux indicateurs du CAQES mais également afin de faciliter la réalisation d'un retour concret aux équipes de soins.

Ce suivi peut s'effectuer, par exemple, par le biais d'un fichier de suivi quotidien ou d'un suivi sur une période représentative à définir par l'établissement.

Des indicateurs d'activité sont à définir et peuvent concerner par exemple :

- Le nombre de patients identifiés à risques
- Le nombre de patients pour lesquels une action de pharmacie clinique a été effectuée.
- Le nombre d'interventions pharmaceutiques
- Etc. ...

Une traçabilité de l'activité de pharmacie clinique est également conseillée avec mise en place d'indicateurs de suivi.

L'ensemble de l'équipe de l'OMEDIT Normandie se tient à votre disposition pour vous accompagner dans la mise en place d'une méthodologie de priorisation en pharmacie clinique adaptée à votre établissement.

Réalisation du guide :

BAZIRE Christelle (CH de Darnétal)
CHENAILLER Catherine (CHU de Rouen)
COLNOT Marion (OMEDIT Normandie)
DAOUPHARS Mikael (CLCC H. Becquerel)
MONZAT Doreya (OMEDIT Normandie)
REMY Elise (CHI d'Elbeuf Louviers)



Nous remercions l'ensemble du groupe de travail régional « Pharmacie Clinique » pour la relecture de ce guide :

ADAM Johan (Polyclinique de la Baie) ; ARTUR-CORDIER Marion (CLCC H. Becquerel) ; BANNIE Florence (CH Cotentin) ; BASUYAU Florence (CLCC H. Becquerel) ; BELOEUVRE Pascale (Clinique Pasteur) ; BERGON Séverine (CHI Eure Seine) ; BOCZMAK-HERVIEU Virginie (Clinique Guillard) ; BOUGLE Céline (OMEDIT de Normandie) ; BOUNOURE Frédéric (CH d'Yvetot) ; CALESSE Amandine (CH d'Avranches Granville) ; CASTEL Camille (OMEDIT de Normandie) ; CHEREL Aurélie (CH de Vire) ; COLOMBE Mathieu (EPSM Caen) ; CONSTANS-BRUGAIS Aurélie (CH de Lisieux) ; COTE Sophie (CH de Pont-Audemer) ; DELACROIX Sophie (CH de Coutances) ; DELPLANQUE Régine (CH du Havre) ; DESCAMPEAUX Christine (CH du Cotentin) ; EL BOUHMADI Abdelmoula (CH de Dieppe) ; FIEVET Noelle (CH d'Avranches Granville) ; FISCHER-SOULARD Anne-Cécile (Polyclinique de la Baie) ; FLATRES Adeline (CHU de Caen) ; FRIMAS Vincent (CH d'Argentan) ; GARREAU Sylvie (CH de Mortagne) ; GUERARD Dominique (Clinique Manche Orne) ; HECQUARD Claudine (CHU de Caen) ; HENRY Nicolas (CHI Eure Seine) ; HUET Estelle (CH de Dieppe) ; KRUG Eric, ANQUETIL Céline (CH de Flers) ; LE BELLEC Marie-Lys (CH de Bayeux) ; LEFEBVRE-CAUSSIN Marie (OMEDIT de Normandie) ; MORISSE MATHIEU (HP St Martin) ; LEMOINE Didier (CH de Bayeux) ; LEPRINCE Marie-Claude (CH de Falaise) ; LERICHE Carole (Clinique de Deauville) ; MARIE Christine (Hôpital de Carentan) ; MOUCHEL Stéphanie (CH de St Lo) ; MUZARD Alexandra (CHU de Caen) ; NEUQUELMAN Julie (Polyclinique du Cotentin) ; NOYER Veronique (CH de Lisieux) ; PERDRIEL Agathe (CH de Falaise) ; PESCHET Pascale (Clinique St Dominique) ; PLE Jennifer (OMEDIT de Normandie) ; POTAUFEU Justine (CH Cotentin) ; PREVOST Emilie (CH de St Lo) ; RHALIMI Mounir (CH de Gisors) ; RISSELET Carole (Hôpital Croix Rouge) ; ROBERGE Christophe (EPSM Caen) ; ROY Béatrice (UGECAM Normandie) ; SAVARY-PREVOST Pauline (CHI Elbeuf Louviers) ; TAURIN Stéphane (CH Pont-Audemer) ; VARIN Rémi (CHU de Rouen).