



86^{èmes} Journées de l'APHO

21 et 22 mars 2019

ROUEN, H2o Espace de Sciences

“ INNOV'APHO ”

COMMENT CRÉER UNE DYNAMIQUE RÉGIONALE POUR LE DÉPLOIEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE ?

Dr Céline BOUGLE
Dr Eulalie DELBENDE

Aucun lien d'intérêt



86^{ème} Journées de l'APHO

23 et 24 mars 2019

ROUEN, HÔTEL ROUEN DE NORMANDE

« INNOV'APHO »

APHO

Un terrain favorable

Le déploiement de la pharmacie clinique répond à un certain nombre d'orientations stratégiques du **Projet Régional de Santé pour 2018-2022**, qui lui-même porte la **Stratégie Nationale de santé** :

- Deux des grands axes structurant la stratégie nationale de santé concordent avec le déploiement de la pharmacie clinique :
 - Garantir la **qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
 - **Innover** pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.



Opportunité d'un appel à projet sur la conciliation des traitements médicamenteux :

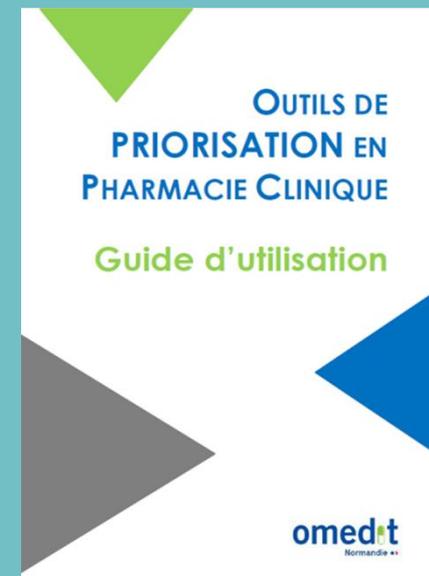
- Partage de compétences, d'outils < ES pilotes dans le cadre d'un GT régional
- Initier l'activité dans un établissement ou capitaliser et étendre sur d'autres services de soins
- Structurer et rationaliser la pratique de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital
- Pérenniser l'activité dans les établissements : initier une modélisation financière
 - 2019 = 5^{ème} année consécutive
 - Expérience valorisée au sein des équipes soignantes, des patients, directions (CAQES, V2020), GHT (PPT / démarche sécurisation PECM)
 - Équipes constituées, structuration des activités, développement de la pharmacie clinique
 - Lien Ville-Hôpital : rencontres équipes pharmaceutiques et officinal / outils partagés (DMP)
- Équité régional/national
 - Accompagnement régional en lien avec :
 - Complément de l'appel à projet national pour la mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissements de santé (Instruction du 17 octobre)

Tous partageant les mêmes objectifs

- Maîtriser l'iatrogénie médicamenteuse et promouvoir le bon usage des produits de santé (2^{ème} complication la plus fréquente survenant lors hospitalisation)
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse aux points de transition (continuité intra/extra structures, ville-hôpital-ville)
 - Evènements indésirables médicamenteux
 - 130 000 hospitalisations/an *ameli.fr (2013)*
 - 10 000 décès/an *ameli.fr (2013)*
 - 50% EIM graves seraient évitables *Etude ENEIS 2004 et 2009*
- Améliorer la pertinence et l'efficience de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques notamment en sortie d'hospitalisation
- Accompagner le patient et/ou son entourage visant à le/les rendre plus autonome(s) dans la prise en charge de son traitement
- Maîtriser les dépenses de santé notamment sur les prescriptions de sortie

Des outils et des formations

- GT Pharmacie clinique
- GT pertinence de la prescription et outils d'aide à la déprescription (Omédits Bretagne et Normandie)
- Outils de priorisation :
 - Guide d'utilisation des outils
 - Grille de priorisation par service
 - Liste des critères de priorisation pour détecter les patients à risque
- Formations :
 - OptiPharm - Bilan partagé de médication
 - Formaconcil : médecins, pharmaciens / préparateurs et IDE



C'EST QUOI ?

La conciliation des traitements médicamenteux du patient est une enquête réalisée par l'équipe pharmaceutique de l'hôpital qui permet de recueillir la liste des médicaments que vous prenez à la maison. Cela va permettre de réaliser un bilan médicamenteux avec le médecin qui s'occupe de vous pendant votre hospitalisation.

POURQUOI ?

La conciliation a pour but de prévenir le risque d'effet indésirable médicamenteux en facilitant les transmissions d'informations entre la ville et l'hôpital.

COMMENT PUIS JE AIDER À LA CONCILIATION ?



Lorsque vous voyez un professionnel de santé, communiquez-lui la liste complète de vos médicaments ainsi que vos dernières ordonnances.

Demander à votre pharmacien de faire ouvrir votre **DOSSIER PHARMACEUTIQUE** !

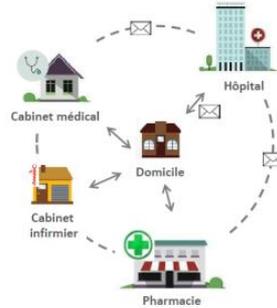


Il s'agit d'un dossier informatique sécurisé créé par votre pharmacien avec votre accord. Il recense les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des 4 derniers mois, ainsi que les traitements et prises en cours.

Coordonnées de votre établissement de santé :

www.omedit-normandie.fr

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DU PATIENT



omedt
Normandie

Et en ville ?

Le pharmacien d'officine est au **centre du parcours de soins médicamenteux**. C'est lui qui connaît au mieux ce que prend le patient. Cette connaissance facilite la conciliation des patients lors d'une hospitalisation.

La conciliation des traitements médicamenteux réalisée à l'hôpital va permettre au pharmacien d'officine, par la transmission du **bilan médicamenteux**, de suivre les évolutions de traitement lors de la sortie du patient.



Contacts :
www.omedit-normandie.fr

omedt
Normandie

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX À L'HÔPITAL

GUIDE À DESTINATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Contacts Etablissement de santé :

Pour en savoir plus :
 > SFPC. Fiche mémo : Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Décembre 2015.
 > HAS. Guide : Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Février 2018.



A L'ENTRÉE :

1 - Entretien avec le pharmacien ou un autre professionnel de santé de l'hôpital : Que prenez vous comme médicaments ?

2 - Enquête sur votre prise de médicaments à domicile : entretien avec votre pharmacien d'officine, votre médecin traitant, consultation du dossier pharmaceutique...

3 - Réalisation d'un bilan médicamenteux par le pharmacien de l'hôpital qui est transmis au médecin du service de soins.

4 - Discussion des modifications de votre traitement entre le pharmacien et le médecin de l'hôpital.

A LA SORTIE :

1 - Bilan des modifications de votre traitement entre le pharmacien et le médecin de l'hôpital.

2 - Entretien avec le pharmacien de l'hôpital : Voici ce qui a changé dans votre traitement...

3 - Elaboration d'un plan de prise pour vous aider à mieux comprendre quand prendre vos médicaments.

Médicament	Matière	Moi	Soi	Consignes
A	1	1	1	1 fois
B	1	1	1	1 fois
C	1	1	1	1 fois

4 - Envoi d'un courrier à votre pharmacien d'officine et votre médecin traitant résumant toutes les modifications de traitement.

La conciliation... c'est quoi ?

« La conciliation des traitements médicamenteux est un **processus formalisé** qui prend en compte, lors d'une **nouvelle prescription**, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le **partage d'informations** et sur une **coordination pluriprofessionnelle**. Elle prévient ou corrige les **erreurs médicamenteuses** en favorisant la **transmission d'informations** complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux **points de transition** que sont l'admission, la sortie et les transferts. »
(Définition HAS/SFPC)

Elle a pour objectifs de :
 > Réduire les erreurs médicamenteuses
 > Diminuer le recours à l'hospitalisation
 > Permettre une continuité médicamenteuse



Certains établissements de santé mettent en place une **priorisation des patients les plus à risques** pour lesquels il faut réaliser une activité de conciliation. Celle-ci se base sur des critères de risque iatrogénique. Ex : personnes âgées, prises d'anticoagulants oraux, insuffisants rénaux...

A l'entrée :

1 - Enquête sur les médicaments pris à domicile par le patient :
 - Entretien avec le patient
 - Contact des professionnels de santé en ville (pharmacien, médecin généraliste...)
 - Recherche dans le dossier du patient etc...

2 - Réalisation du bilan médicamenteux :
 Il s'agit d'une liste exhaustive et complète des médicaments pris par le patient avant l'hospitalisation et identification des éventuelles divergences avec la prescription en cours.

3 - Echanges entre le pharmacien et le médecin pour actualiser la prescription :
 Chaque divergence est analysée et discutée (intentionnelle ou non intentionnelle) et la prescription est mise à jour.

A la sortie :

1 - Recherche des informations sur les médicaments du patient
 - Reprise du bilan médicamenteux d'admission
 - Traitements en cours d'hospitalisation
 - Courrier de sortie
 - Ordonnance de sortie

2 - Formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques :
 Elaboration d'une liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie avec mention de toutes les modifications réalisées pendant l'hospitalisation.

3 - Transmission sécurisée de l'information
 Le bilan médicamenteux est adressé au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Il peut être envoyé par le biais d'une messagerie sécurisée. Il est également remis au patient lors d'un entretien et peut être accompagné d'un plan de prise pour faciliter la compréhension.



OPTIPHARM - BPM

OPTimisation PHARMaceutique des thérapeutiques
chez la personne âgée à l'aide du Bilan Partagé de Médication

En 2019, l'OMEDIT et les pharmaciens de Normandie, en partenariat avec les universités, l'URPS et le conseil régional de l'ordre des pharmaciens et le CHU de Rouen, proposent aux pharmaciens officinaux et hospitaliers une formation régionale en format DPC* sur la conduite du Bilan Partagé de Médication et sur l'optimisation thérapeutique des sujets âgés. Cette formation s'appuie sur des méthodes validées par la HAS ainsi que sur les outils

produits par la Société Savante de Pharmacie Clinique (SFPC). Elle est conduite par des pharmaciens officinaux et hospitaliers ayant été formés et pratiquant cette démarche de pharmacie clinique dans leur activité et constitue un appui dans la mise en œuvre du Bilan partagé de Médication à l'officine. À l'issue de la formation, une boîte à outils comprenant les éléments clés pour la pratique professionnelle sera mise à disposition des participants.

Objectifs pédagogiques

- connaître et comprendre les spécificités de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés
- appréhender la méthodologie du bilan partagé de médication à l'officine, le lien avec la conciliation médicamenteuse réalisée en établissement de santé
- être capable de mobiliser ses connaissances et ses compétences au cours de la réalisation du bilan partagé de médication, en prenant en compte les besoins et le contexte de la personne âgée
- être capable de conduire un bilan partagé de médication avec un patient âgé
- être capable de communiquer aux autres professionnels de santé les propositions d'optimisations thérapeutiques identifiées au cours du bilan partagé de médication

Programme

- Formation cognitive individuelle (3h)
Formation à distance à partir d'un module de e-learning proposé par le Société Savante de Pharmacie Clinique
- Formation en présentielle (1 jour)
Revue de dossiers et analyse de cas en collectif

Cette formation est adressée aux pharmaciens d'officine et aux pharmaciens hospitaliers qui souhaiteraient s'inscrire avec leur binôme officinal de leur secteur géographique.

Les inscriptions pourront se faire prochainement via les unités de formation continue des universités de Caen et de Rouen.



* Dossier déposé auprès de l'OGDP : Numéros enregistrement DPC (UniCaen et UniRouen), en attente d'agrément.

LE BILAN PARTAGÉ DE MÉDICAMENT POUR UNE MEILLEURE COORDINATION DES SOINS



QU'EST-CE QUE LE BILAN PARTAGÉ DE MÉDICAMENT (BPM) ?

Le bilan partagé de médication se définit d'après la HAS (Haute Autorité de Santé)¹ « comme une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement », le terme de « partagé » permettant ainsi de marquer un esprit d'adhésion avec le patient.



INTÉGRATION DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis novembre 2017, le BPM apparaît désormais dans le cadre législatif du référentiel de compétence des pharmaciens d'officine, avec une rémunération forfaitaire prévue à partir de 2018 pour l'accompagnement des personnes âgées^{2,3,4}.

Selon la HAS⁵, le déploiement du BPM répond à un réel besoin de santé publique, en complément de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, pour la prévention des événements indésirables médicamenteux et de leurs conséquences. Ces BPM sont associés dans d'autres pays⁶ à une réduction de la polymédication, une amélioration de la qualité de vie des patients et également une réduction des coûts.

POPULATION CIBLE

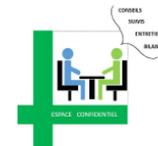
La littérature⁷ montre que les BPM sont à prodiguer aux patients nécessitant une prise en charge complexe (âge, polyopathie, polymédication). Cette population concerne les personnes de 65 ans et plus en ALD ou de 75 ans et plus, ayant un traitement chronique comprenant au moins 5 principes actifs différents, soit environ 3,9 millions de personnes en France. Le risque iatrogène médicamenteux y est alors accru, en lien avec le vieillissement physiologique des organes, le risque majoré de contre-indications et interactions médicamenteuses mais aussi en raison du recours à de multiples prescripteurs.

RÉALISATION ET OBJECTIFS

Le BPM comporte 4 étapes formalisées⁸ dont 2 entretiens par le pharmacien avec le patient : le recueil des informations avec le patient – l'analyse des traitements et synthèse au médecin – l'entretien conseils avec le patient – et le suivi d'observation.

Il repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle⁷, tout particulièrement avec le médecin, mais aussi l'infirmier à domicile, avec plusieurs objectifs :

- améliorer les connaissances du patient vis-à-vis de son traitement, ses capacités à gérer son traitement, à faire face à sa maladie, en lui apportant de l'information, du conseil et en le motivant ;
- adapter au mieux la thérapeutique au patient (posologie, indication, interaction, tolérance, adhésion au traitement, voie d'administration, galénique, nombre de prises journalières, etc.), en collaboration avec le médecin traitant ;
- améliorer la gestion des traitements par le patient, au besoin à l'aide d'un pilulier, un plan de traitement, un agenda ou un carnet de suivi, etc. ;
- rechercher systématiquement le besoin d'aide à l'autogestion des médicaments par le patient, et en informer le médecin, le patient, voire son entourage (en accord avec le patient) ;
- renforcer la confiance et la qualité de communication patient/ pharmacien/ médecin autour des traitements, en s'appuyant également sur les outils de partage (DMP, MSSanté ; etc.).



BIBLIOGRAPHIE

1. Avis HAS n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201710/ac_2017_0082_cnmts_bilan_medication_cd_2017_10_04_vd.pdf
2. Mémo « bilan partagé de médication » SFPC, décembre 2017, <http://sfpc.eu/fr/8-actualites/431-memo-sfpc-bilan-partage-de-medication.html>
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009, https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/loi/article_38.
4. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011, https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH11057760/jo/article_1.
5. Arrêté du 28 novembre 2016, https://www.legifrance.gouv.fr/vo_pdf.
6. Protocole d'accord UNCAM-Syndicats, avenants n° 11 et n°12 à la convention nationale pharmaceutique des 21/11/2017 et 16/12/2017, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036711358&dateTexte=&categorieLien=id>.
7. Le bilan partagé de médication va dans le sens d'une plus grande coordination des soins, Pr Sylvie Legrain, <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/le-bilan-partage-de-medication-va-dans-le-sens-dune-plus-grande-coordination-des-soins>.



Des moyens pérennisés

- **Aide financière (2015/2019)**

- 5^{ème} année consécutive (2.9 M€ sur 5 ans)
- Mise à disposition temps professionnel de santé (pharmaciens/préparateurs/IDE) +++
- Progiciels - Plateformes pour sécuriser et coordonner +



2019 : une nouvelle modélisation

- Cahier des charges / **Respect des pré requis**
 - Intégration dans
 - la **politique institutionnelle de l'établissement**
 - le **projet pharmaceutique de territoire** partagé du GHT
 - **Bon niveau de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse** au sein de l'établissement : analyse et validation pharmaceutique, conciliation entrée/sortie déployées ou prévues, systèmes d'information, prescription informatisée en sortie, document de sortie, sensibilisation des acteurs...
- Rémunération à « l'acte » souhaitée mais :
 - Disparité trop importante des besoins identifiés (matériel, humain) sur 2018 / activité
- Modélisation 2019 construite en collectif :
 - Financement automatique pour les ES ayant initié cette activité
 - Définir les pré requis pour les aides au démarrage pour les autres ES : **nouvel AAP**

Un recueil simplifié

- **Problématique :**
 - Recueil exhaustif en continu sur l'année = chronophage
 - Mais qui a permis de valoriser le bénéfice patient de cette activité
- **Simplification régionale depuis 2018 (laissé au choix de l'établissement) :**
 - Exhaustif sur l'année ou
 - Par campagne de recueil sur une période libre d'1 semaine ou 15 jours extrapolée sur l'année
 - représentatif de l'activité des ES
- **En pratique**
 - Aucun recueil exhaustif
 - Campagne de recueil variable +++
 - sur des périodes entre 7 et 15 jours → extrapolation à 6-8-12 mois

Bilans comparés AAP 2016 et 2017

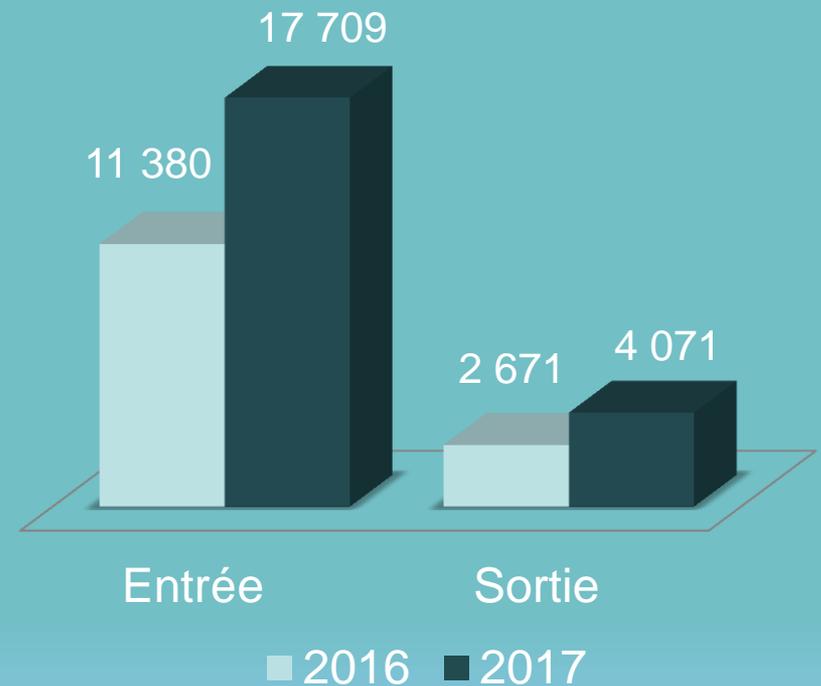
- Entrée

- 2016 : 12 projets
- 2017 : 15 projets

- Sortie

- 2016 : 12 projets
- 2017 : 10 projets

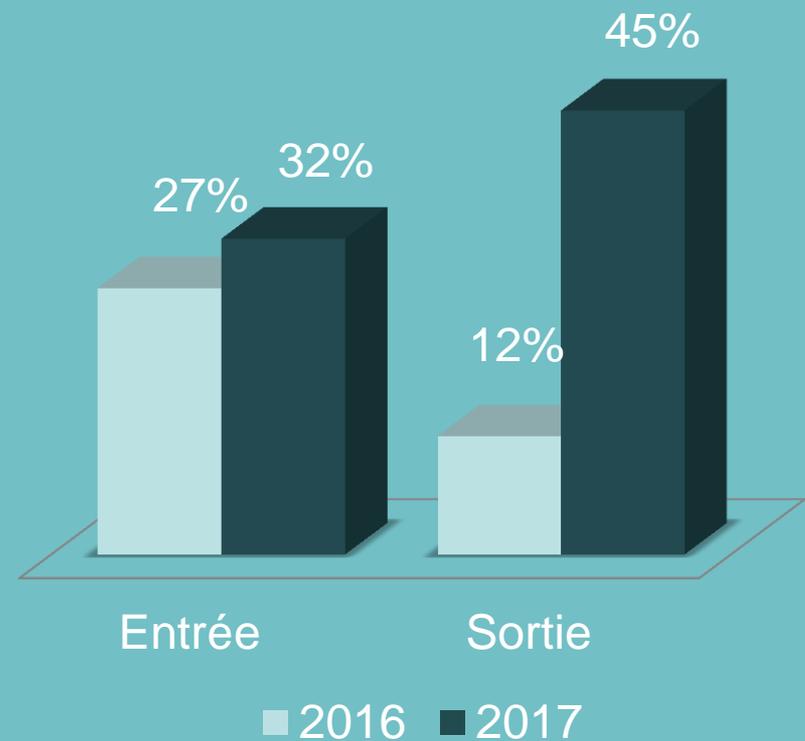
- Nombre de patients conciliés



- Nombre de DVNI/IP interceptées



- % de patients avec DVNI/IP



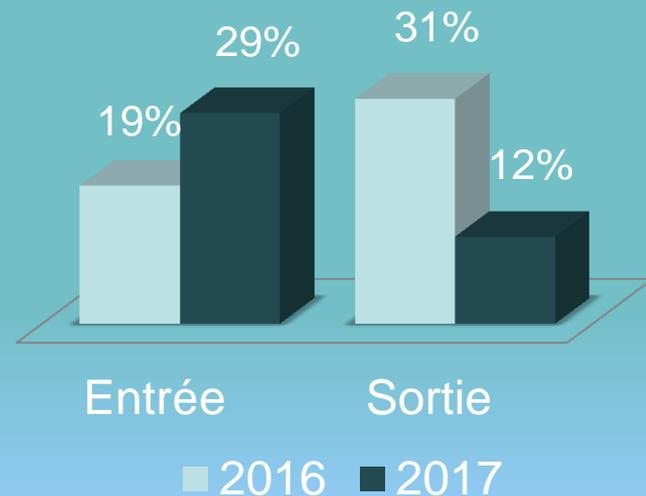
- Echelle CLEO v3 SFPC

Score	Impact	Définition: L'impact clinique est évalué selon <u>le scénario prévu le plus probable</u> et non pas le pire/meilleur scénario
-1C	Nuisible	L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
0C	Nul	L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
1C	Mineur	L'IP peut améliorer la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas de surveillance/traitement
2C	Moyen	L'IP peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient.
3C	Majeur	L'IP peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU entraîne une incapacité permanente ou un handicap.
4C	Vital	L'IP peut empêcher un accident qui entraîne potentiellement un soin intensif ou le décès du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique.

- Nombre de DVNI/IP cotées avec impact clinique (échelle CLEO)



- % de DVNI/IP cotées avec IC majeur ou vital (échelle CLEO)



Des idées nouvelles

- Optimisation de l'activité de CTM d'admission
- Participation des PPH +++ (constitution du BMO, réalisation CTM d'admission, gestion des trts personnels → redéploiement des ressources pharmaceutiques)
 - Formation des pharmaciens qui reste indispensable
- Développement de la CTM de sortie +/- entretiens pharmaceutiques de sortie
- Mutualisation de projets intra GHT / projet pharmaceutique de territoire :
 - Dossier patient informatisé commun
 - Conciliation de transfert
 - Equipe mobile de pharmacie clinique
- Implication des équipes médicales pour les faire adhérer au projet

Patients cibles

- Services **variés** : long/court séjour, urgences, médecine, addictologie, oncologie...
- Chaque établissement a librement défini des critères de sélection
 - Âge, patient, service à risque, sur demande médicale...
- Recommandations régionales qui évoluent au regard des initiatives porteuses

Boite à outils

Pharmacie clinique

Bilan Partagé de Médication

Conciliation médicamenteuse

Pharmacie clinique

Plaquettes d'information pour
les patients et pharmaciens
d'officine

Outils nationaux et régionaux

Retours d'expériences

Formations / Sensibilisations



www.omedit-normandie.fr