

Appel à candidature 2021 sur « optimisation de la prise en charge thérapeutique du sujet âgé » - Conditions de recevabilité des projets

Réunion avec candidats - 20/04/2021

Objectifs opérationnels de l'appel à candidatures

Mettre à disposition du médecin traitant et pharmacien d'officine :

- un appui hospitalier = médecin /compétence gériatrie + pharmacien clinicien
- expertise dédiée à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes ;

Développer coopération interprofessionnelle / PEC de la personne âgée ;

Mettre en place une démarche d'optimisation médicamenteuse

- établir recommandations = Plan Pharmaceutique Personnalisé et de Coordination de Santé
- destinées au médecin traitant et pharmacien d'officine

plan de revue de médication
pluridisciplinaire

Pour des patients en ville :

- Créer une consultation externe de gériatrie spécialisée à l'hôpital
 - évaluation standardisée de bilan des fragilités et de pharmacie clinique avec revue de l'ordonnance

Pour des patients en hospitalisation :

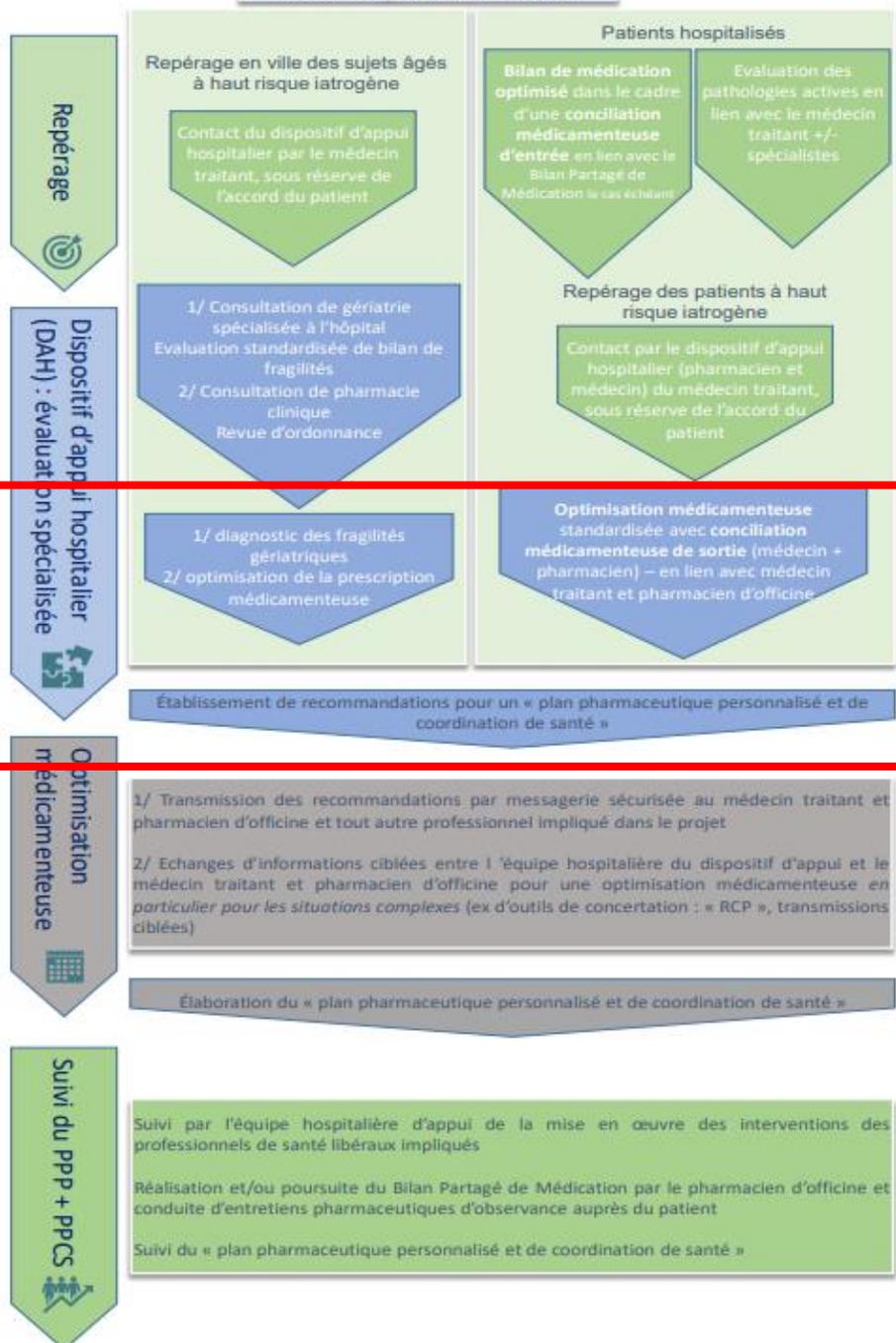
- une conciliation médicamenteuse d'entrée toujours en lien avec le pharmacien d'officine+/-Bilan Partagé de Médication, une conciliation des pathologies actives en lien avec le médecin traitant ± spécialistes et une conciliation médicamenteuse de sortie, standardisée

Créer une Concertation Pluridisciplinaire « Optimisation médicamenteuse »

- entre équipe hospitalière et professionnels du 1er recours (médecin traitant et pharmacien d'officine)

Améliorer les compétences et les outils

- formations DPC et outils régionaux de l'OMÉDIT



Exemple de méthodologie de révision de médication pluridisciplinaire et centrée sur le patient

Comment optimiser la pharmacothérapie chez la personne âgée ?

1 Une approche globale systématique structurée : 4 grandes étapes



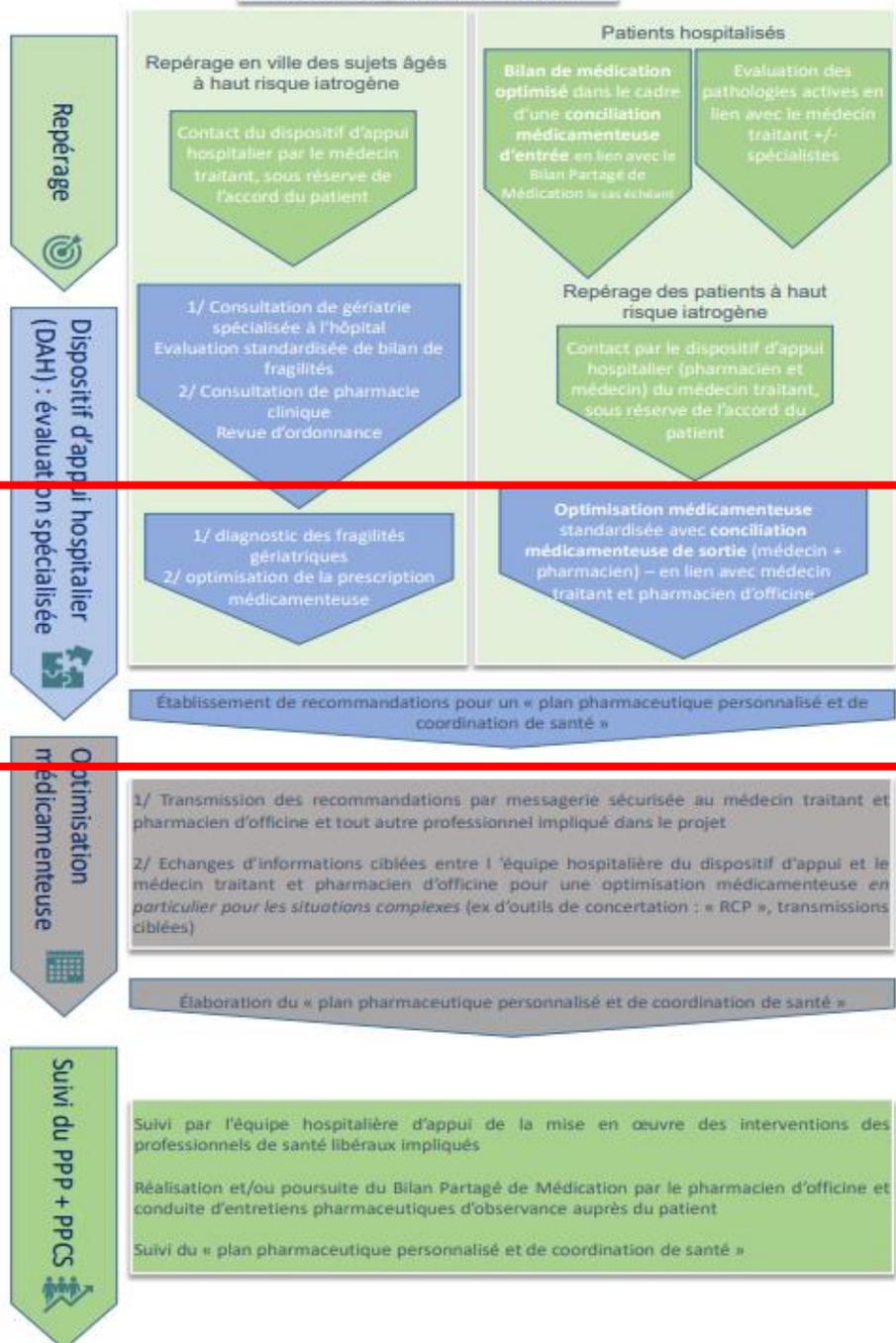
- Prise en compte du patient dans sa globalité
- Analyse de la pharmacothérapie par **problèmes de santé**
- Tenant compte des **considérations gériatriques**



2 Et l'élaboration d'un plan de revue de médication

3 En interdisciplinarité et en partenariat avec le patient

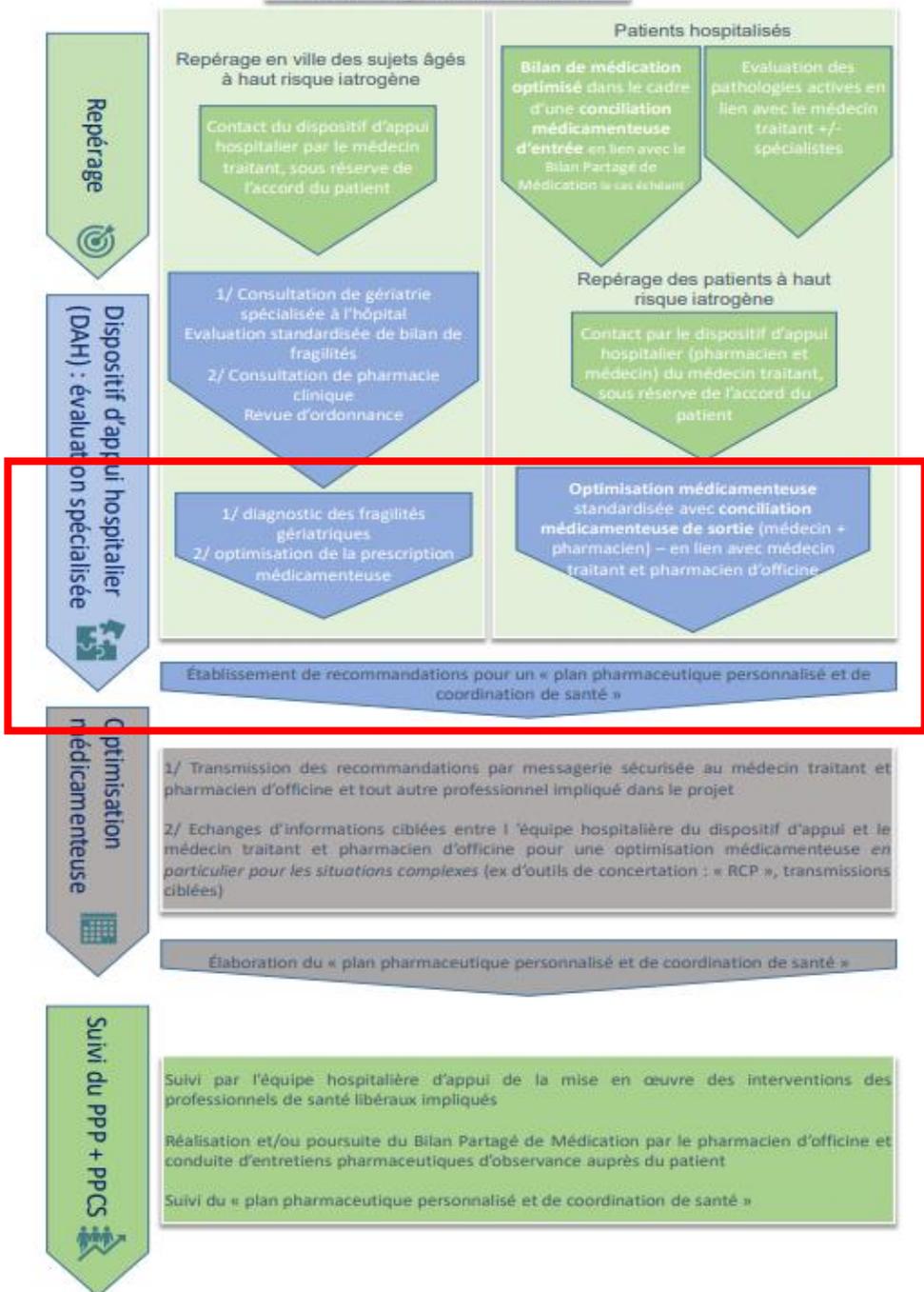




Exemple de méthodologie de révision de médication pluridisciplinaire et centrée sur le patient

Méthode d'optimisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé : les 4 grandes étapes

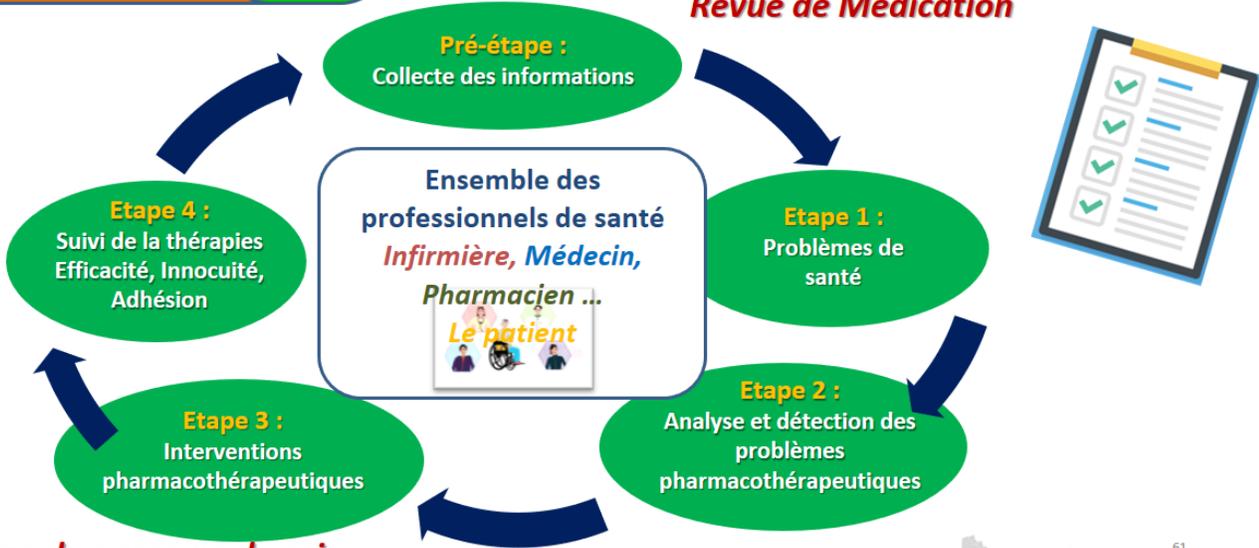
- Pré-étape :** Collecte des informations générales sur le patient et mise en contexte
- Etape n°1 :** Recenser les problèmes de santé
- Etape n°2a :** Evaluation et analyse de la pharmacothérapie par problème de santé
- Etape n°2b :** Détection des éventuels problèmes pharmacothérapeutiques
- Etape n°3 :** Propositions d'interventions et priorisation
- Etape n°4 :** Planifier un suivi en partenariat avec le patient et les professionnels de santé et la documentation



Rôles des acteurs impliqués dans l'optimisation de la pharmacothérapie du sujet âgé

Quels rôles pour chacun ?

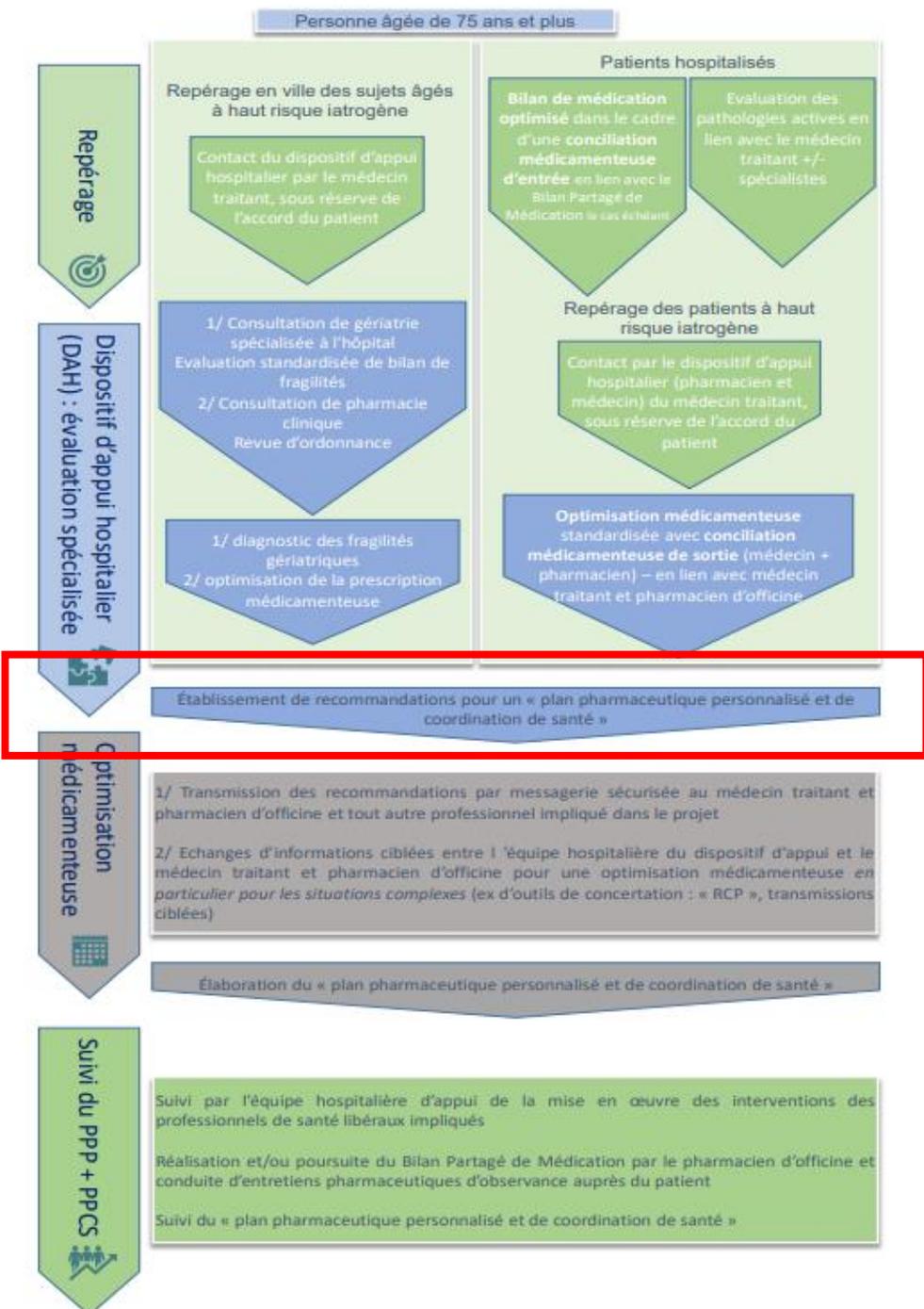
Contribution de tous les acteurs à la rédaction, mise à jour et suivi du plan de Revue de Médication



Tout au long du parcours de soins

« Ce parcours de soins doit faciliter l'intervention de professionnels formés, chacun assumant sa part de responsabilités, et apportant à l'ensemble le maximum de ses compétences sans : se focaliser sur la maladie plutôt que sur l'individu ; mettre en œuvre une succession de traitements sans hiérarchiser des problèmes ; fractionner la prise en charge en une succession d'interventions spécialisées sans coordination ; recourir aux systèmes d'informations facilitant la continuité des soins (messagerie électronique sécurisée, échanges d'informations via le dossier médical partagé) »

HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires (2015) [ici](#)



Documenter les recommandations émises et le suivi

En hiérarchisant les problèmes de santé – Exemples de supports

SOAP (Subjectif, Objectif, Analyse, Plan)

	Présentation du patient	
PS	Problème(s) de santé	
S	Données subjectives	
O	Données objectives	
A	Résultat(s) thérapeutique(s) recherché(s) (cible, délai)	
	Analyse et recommandations	
P	Plan d'intervention(s) et suivis réalisés (efficacité, innocuité, adhésion)	

PPP

<p>Patient</p> <p>Informations sur le patient et mise en contexte</p>	<p>Problème de santé 2</p> <p>Collecte des données</p> <p>Problèmes détectés</p> <p>Interventions effectuées</p> <p>Suivis à faire</p>
<p>Problème de santé 1</p> <p>Collecte des données</p> <p>Problèmes détectés</p> <p>Interventions effectuées</p> <p>Suivis à faire</p>	<p>Problème de santé 3</p> <p>Collecte des données</p> <p>Problèmes détectés</p> <p>Interventions effectuées</p> <p>Suivis à faire</p>

Exemple de documentation de la démarche globale d'optimisation médicamenteuse avec proposition de recommandations

SOAP

♀, 83 ans, hypertendue, traitée par bisoprolol et hydrochlorothiazide. Nifédipine débutée il y a quatre semaines, mais cessée il y a deux semaines pour œdème des membres inférieurs. Le médecin traitant demande une optimisation de la pharmacothérapie antihypertensive. Intérêt de l'ajout de la clonidine ?

PS

- HTA
- Ostéoporose
- Arthrose

S
O

- Patiente de 83 ans avec une TA 151/84 mmHg (historique automesures + hétéromesure au cabinet médical)
- Fragile (score Fried 3), MMSE normal
- Allergie : candesartan (angioedème en 2002) ; intolérance : ramipril (toux en 2002)
- Sous bisoprolol 5mg et hydrochlorothiazide 25 mg
- Nifédipine cessée il y a 2 semaines suite à un OMI
- Traitement pharmacologique antihypertenseur initié en 2002, sans symptômes d'atteinte des organes cibles.
- Pas de symptômes de son HTA
- 2 chutes dans la dernière année
- Pas d'historique d'hypotension orthostatique

A

- TA 151/84 mmHg, légèrement supérieure à la cible tensionnelle, selon les recommandations HAS/ESC
- **Choix de traitement et doses appropriés:** respect des mesures non pharmacologiques ; bithérapie par bêtabloquant (bisoprolol : 5 mg) + diurétique (HCT : 25mg) suite à des intolérances/allergie/EI (IEC, ARAI, nifédipine) → **conformité avec les recommandations** en terme de lignes de traitement (*5 classes à privilégier en fonction des comorbidités : IEC, ARA2, Inhibiteurs calciques, bêtabloquants, diurétiques thiazidiques*)
- Clonidine = antihypertenseur d'action centrale → **MPI chez la PA** (listes explicites) → **risque iatrogénique** (augmentation du risque de chutes)
- La cible tensionnelle est légèrement supérieure à la cible tensionnelle visée, mais au regard de sa fragilité, de son faible risque cardiovasculaire, de ses antécédents de chutes, de l'étude HYVET, le **contrôle tensionnel** est **acceptable** chez madame AB → **traitement actuel adapté : pas de nécessité d'ajout de la clonidine**

P

- **Poursuivre la bithérapie antihypertensive actuelle** associée à des mesures hygiéno-diététiques ;
- **Suivi de l'efficacité :** automesure et hétéromesure au cabinet médical. Suivi pluridisciplinaire de l'efficacité dans un mois ;
- **Suivi de l'innocuité :** suivis pluridisciplinaire clinique et paraclinique + lors des épisodes intercurrents
- **Suivi de l'observance :** aux renouvellements à la pharmacie (score de Morisky) + lors des entretiens pharmaceutiques

Exemple de documentation de la démarche globale d'optimisation médicamenteuse avec proposition de recommandations

PPP

Plan Pharmaceutique personnalisé du _____	
Patient	
Information et mise en contexte	
Problème de santé :	
Problèmes pharmacothérapeutiques	
Interventions	
Suivis	
Problème de santé :	
Problèmes pharmacothérapeutiques	
Interventions	
Suivis	

Dernière étape du processus de pharmacie clinique qui vise à définir, mettre en œuvre et réaliser un suivi (SFPC)

Exemple de documentation de la démarche globale d'optimisation médicamenteuse avec proposition de recommandations

PPCP

Plan de prise en charge du patient (PPCP)			
Tableau I			
Nom du pharmacien	XY	No permis	15
Identification du patient :	madame GV (666-666)	Date	2 novembre 2010
Informations sur le patient	Patiente de 55 ans, nouveau diagnostic de diabète. Lors de son examen annuel le md a détecté un début de diabète. Elle est post ménopausée avec hormonothérapie depuis 1 an. Ne prend pas de PSN, n'a pas d'allergie, pas de MVL, ne fume pas, présente un surpoids. À son dossier, il y a Premarin® 0,3mg die et Provera® 2.5mg die depuis 1 an (8 renouvellements en 1 an). Ordonnance remise il y a 3 jours pour du metformine 500mg tid.		
Mise en contexte			
Tableau II			
1. Problèmes de santé	Diabète type 2	Ménopause	Surpoids
2. Collecte de données spécifiques en fonction des problèmes identifiés	La patiente ne présente pas de symptômes d'hyperglycémie. La patiente nouvellement diagnostiquée diabète type 2 La patiente nous a mentionné ne pas voir la pertinence de ce traitement. La patiente a autorisé à communiquer avec le md pour obtenir des valeurs de laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> Glycémies Hémoglobine glyquée HB A1c Créatinine 	Vérifier auprès de la patiente la raison qui sous-tend la non-adhésion : elle nous informe qu'elle craint de prendre des hormones en raison des reportages radiophoniques (cancer). Présence de bouffées de chaleur et d'insomnie.	Poids et taille pour calculer l'IMC ; embonpoint Habitudes alimentaires : dent sucrée Exercices : minime Patiente confirme son désir de perdre du poids. Échec à plusieurs tentatives de suivre des diètes
3. Évaluation	Choix de la thérapie et dose adéquate.	Thérapie hormonale pertinente pour cette patiente mais elle ne la prend pas.	Besoin d'une consultation avec un autre professionnel.
4. Problèmes détectés		Non adhésion à l'HTR Prévention de l'ostéoporose : Absence de CA et vit D au dossier	

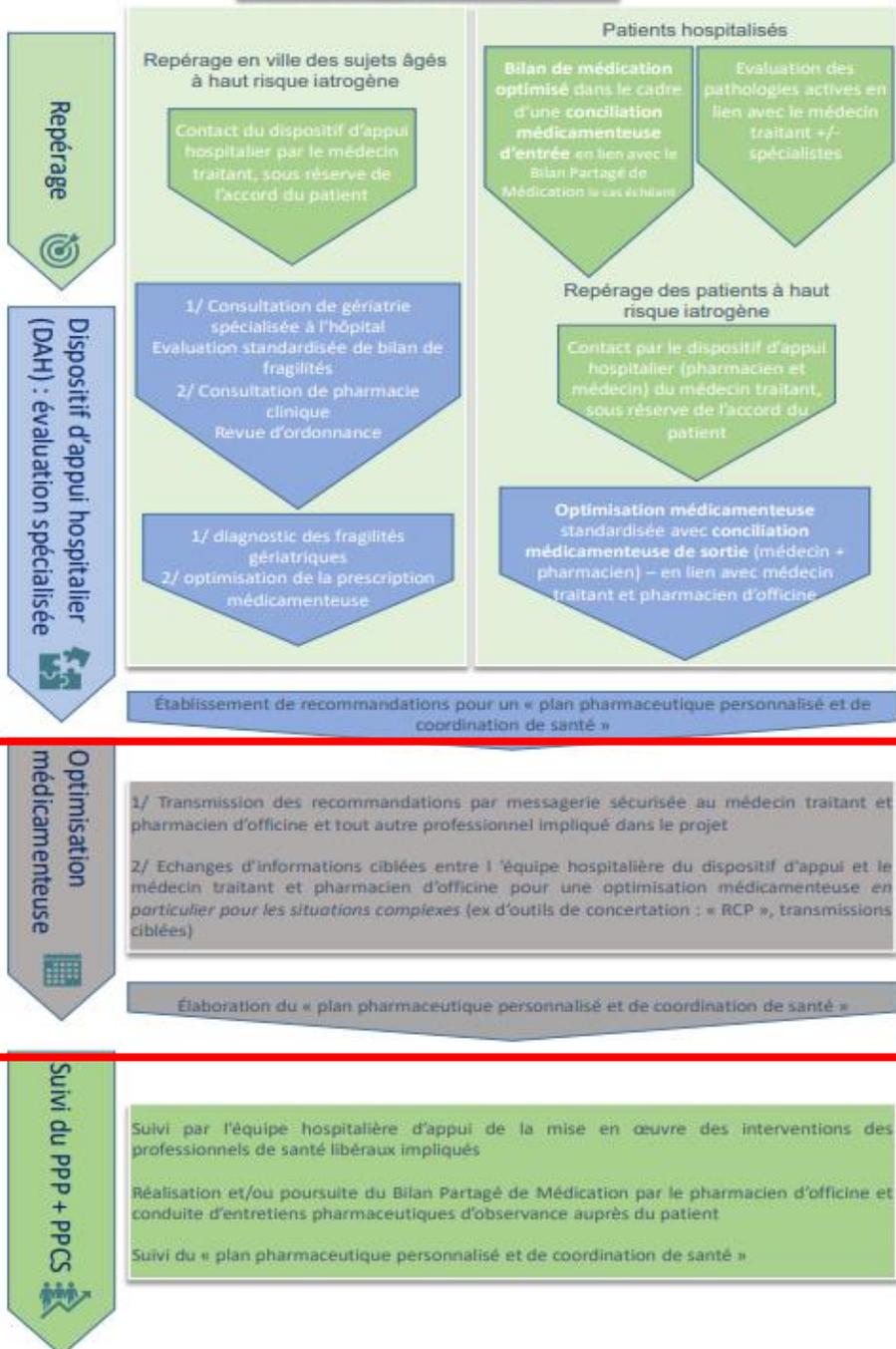
1. Problèmes de santé	Diabète type 2	Ménopause	Surpoids
5. Interventions effectuées	Fournir un lecteur de glycémie à la patiente afin qu'elle prenne ses glycémies de façon quotidienne et qu'elle comptabilise les résultats. Conseils donnés sur le diabète et démonstration sur l'utilisation du réfectomètre.	Confirmer avec le md la pertinence de la thérapie. Démystifier l'usage de l'HTR chez la femme ménopausée parce que le médecin a confirmé la pertinence de la thérapie	Prise de rendez-vous dans un mois avec la nutritionniste à la pharmacie pour élaborer un plan d'action.
6. Suivis à faire	Revoir la patiente dans 7 jours afin de vérifier les résultats de ses glycémies ainsi que son utilisation du glucomètre, (efficacité) et vérifier l'apparition d'effets indésirables reliés au metformine (diarrhée, intolérance GI) Téléphoner dans 35 jours si la patiente n'a pas renouvelé puisque histoire de non-adhésion avec HTR et de sa non-compréhension du traitement. Au cours du prochain mois : Communiquer avec le md pour obtenir les valeurs de glycémies d'origine. Planifier une rencontre avec la patiente afin de lui fournir des informations complémentaires (bracelet) sur son problème de santé et renforcer son adhésion au traitement.	Lors de son prochain passage à la pharmacie : Recommandations sur mesures non-pharmaco pour prévention bouffées de chaleur et insomnie.	Valider avec la patiente les changements de poids, habitudes de vie, etc. Proposer l'introduction de l'activité physique de façon très graduelle, afin de ne pas la décourager Suggérer d'effectuer un changement à la fois
7. Commentaires	Malgré les interventions effectuées, la patiente n'est toujours pas fidèle à sa thérapie.		Suivi relié à l'alimentation et la perte de poids sera effectué par nutritionniste
8. Références utilisées pour PPCP	Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada	Therapeutic Choices	X
9. Outils fournis au patient	Carnet pour inscrire ses glycémies Glucomètre Feuillelet d'information sur le diabète, le metformine et la diète. Fournir les coordonnées de l'association des diabétiques du Québec.	Remise d'un feuillelet sur les aliments riche en Calcium	Fournir information sur le défi 5/30

Ordre des Pharmaciens du Québec. Exemple PPCP [ici](#)

Différents types de supports pour documenter la démarche globale et structurer les recommandations émises
Point commun : informations structurées → récapitulatif du cheminement de l'analyse et des actions qui en découlent
 → prise de connaissance facilitée pour chacun des professionnels intervenant dans la PEC

S'approprier un choix de modèle

Personne âgée de 75 ans et plus



Transmission des recommandations émises et du suivi proposé

Des outils numériques de partage

Le Dossier Médical Partagé



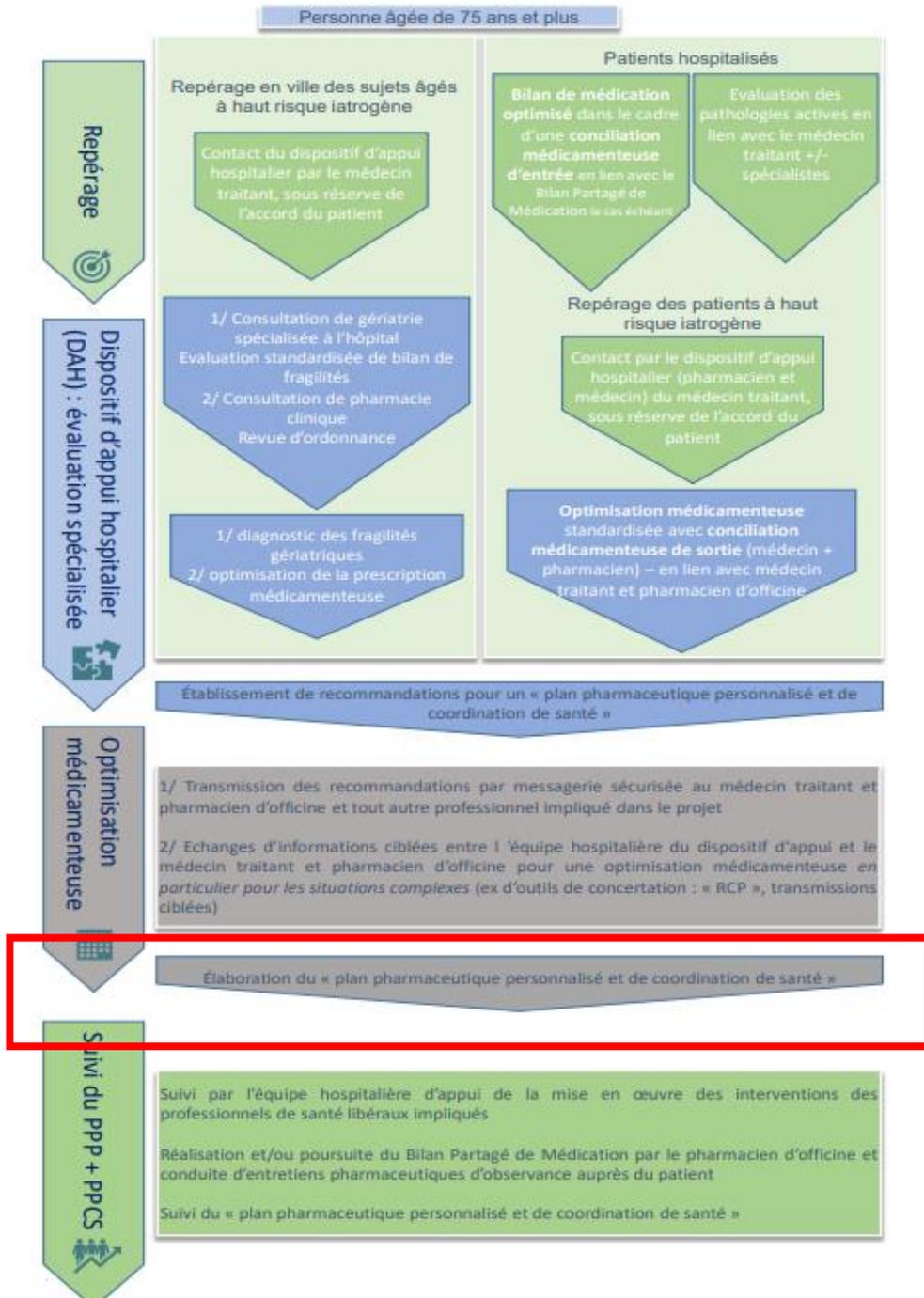
Les messageries sécurisées



A l'avenir : des plateformes collaboratives de partage (BIMEDOC, SYNAPSE, maPUI...)

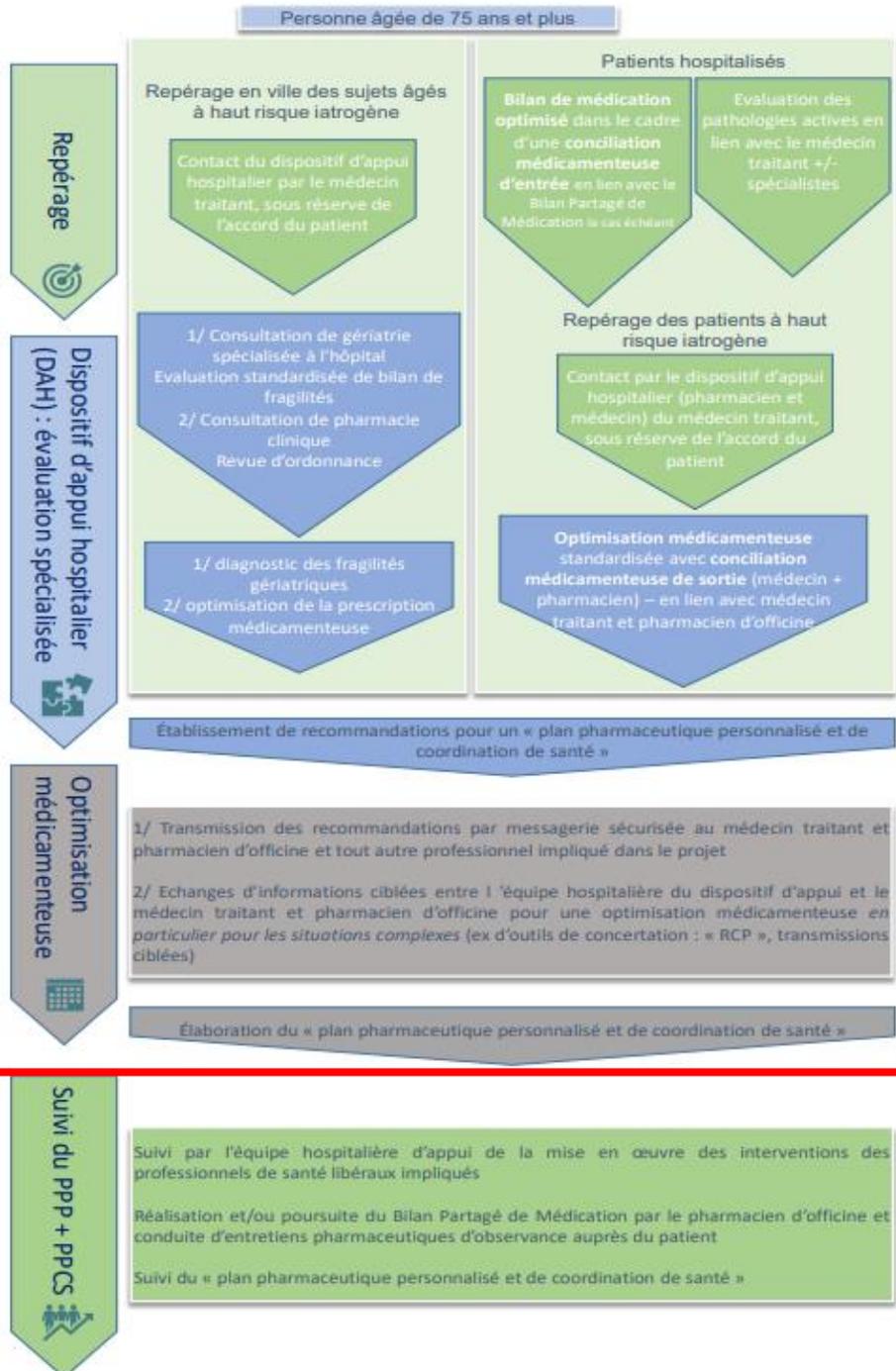
Planifier et coordonner le suivi

Impact de la pharmacothérapie sur l'état de santé du patient selon 3 dimensions : efficacité, innocuité, adhésion

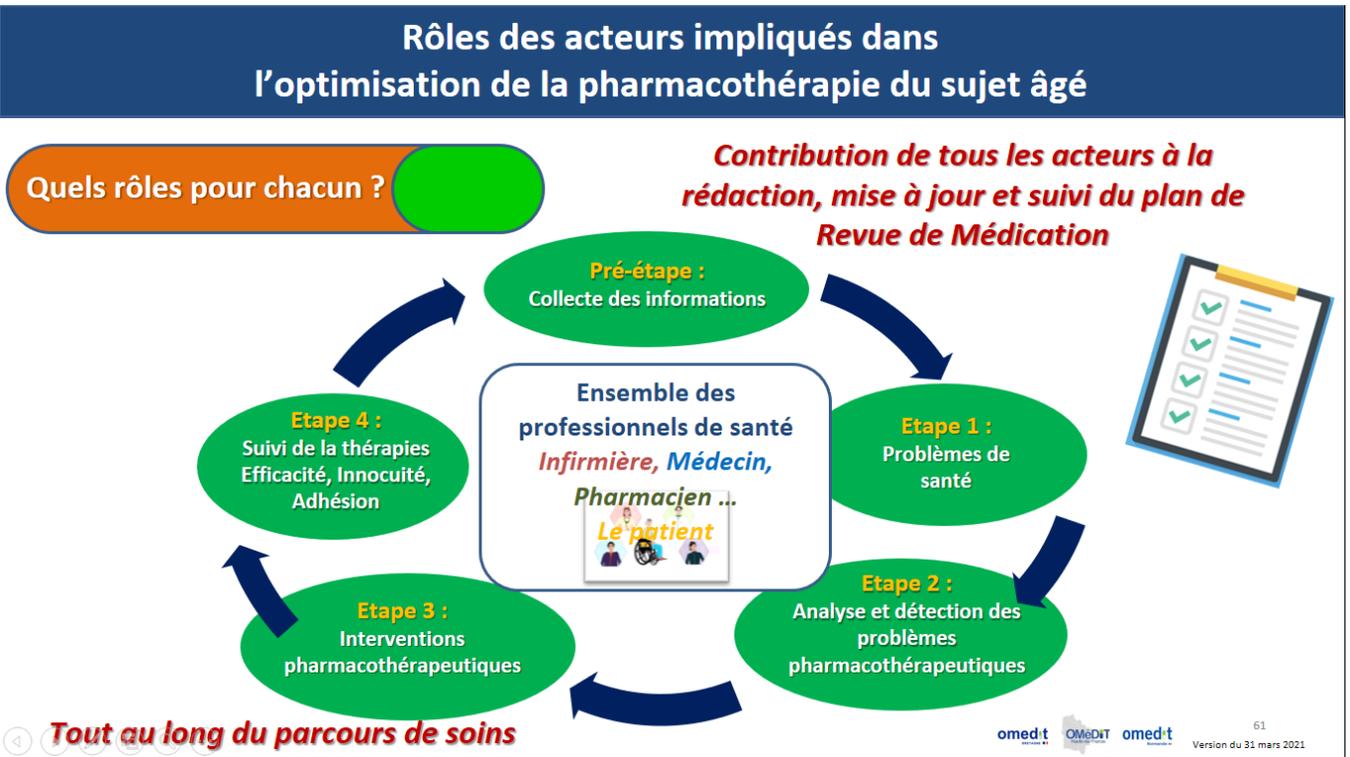


Quoi ?	Comment ?	Quand ?	Qui ?
1. EFFICACITE	<p>Suivi clinique (signes, symptômes, signes vitaux, etc.)</p> <p>Suivi paraclinique (dosages pharmacologiques, INR, etc.)</p>	<p><i>La fréquence et le délai sont définis pour chaque professionnel de santé impliqué en fonction de la situation clinique du patient</i></p>	<p>Patient Aidant Médecin Infirmière Pharmacien</p>
2. INNOCUITE	<p>Suivi clinique (signes vitaux, effets indésirables des médicaments, etc.)</p> <p>Suivi paraclinique (biologie, ECG, etc.)</p>	<p>Au cabinet médical, au domicile, à l'officine, à l'hôpital, etc.</p> <p>Lors de l'administration et de l'aide à la prise par l'infirmière / aide-soignante / patient / aidant,</p>	
3. ADHESION	<p>Score Girerd Prises et non prises Renouvellements à la pharmacie</p>	<p>aux renouvellements à la pharmacie, lors des entretiens pharmaceutiques, lors des consultations médicales</p>	

Concertation pluridisciplinaire (hôpital-ville)



Contribution de tous les acteurs à la rédaction, mise à jour et suivi du plan de revue de médication pluridisciplinaire



Modalités d'accompagnement financier

Aider les établissements de santé à la mise à disposition de temps de professionnels dédiés à cette activité.

Financement dérogatoire = activités non prises en charge par l'assurance maladie :

- la **démarche d'optimisation médicamenteuse** engagée par le **binôme hospitalier**;
- la **Concertation Pluridisciplinaire** avec élaboration du plan pharmaceutique personnalisé et de Coordination de Santé (Plan « **PPP/PPCS** »);
- la **coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital**

350 euros pour chaque patient (financement FIR) pour réduire des hospitalisations dont le coût journalier, même en hospitalisation de jour est bien supérieur.

1. **Pharmacien** = **conciliation** médicamenteuse **d'entrée, pharmacie clinique** (observance, prises, administration, gestion des médicaments), réaliser une **étude de l'ordonnance** et **consigner** ses observations et **propositions** dans un **document ad hoc**.
 2. **Médecin** = vérifier les **antécédents** médicaux, **compiler** l'historique médical récent du patient (hospitalisations, consultations, biologies, imagerie, etc.), / recommandations en vigueur et **consigner** ses **observations** et **propositions** dans un **document ad hoc**.
- ✓ **Concertation multidisciplinaire** = décider quelles **propositions** doivent être mises en place, selon quelle **gradation** (rarement en une seule fois), les **formaliser**, et les **transmettre au patient et aux professionnels de santé**.
- Temps de **coordination** (tâches administratives, de rendez-vous, de **transmission d'informations pour accompagner les professionnels de santé** et réduire leur charge administrative).

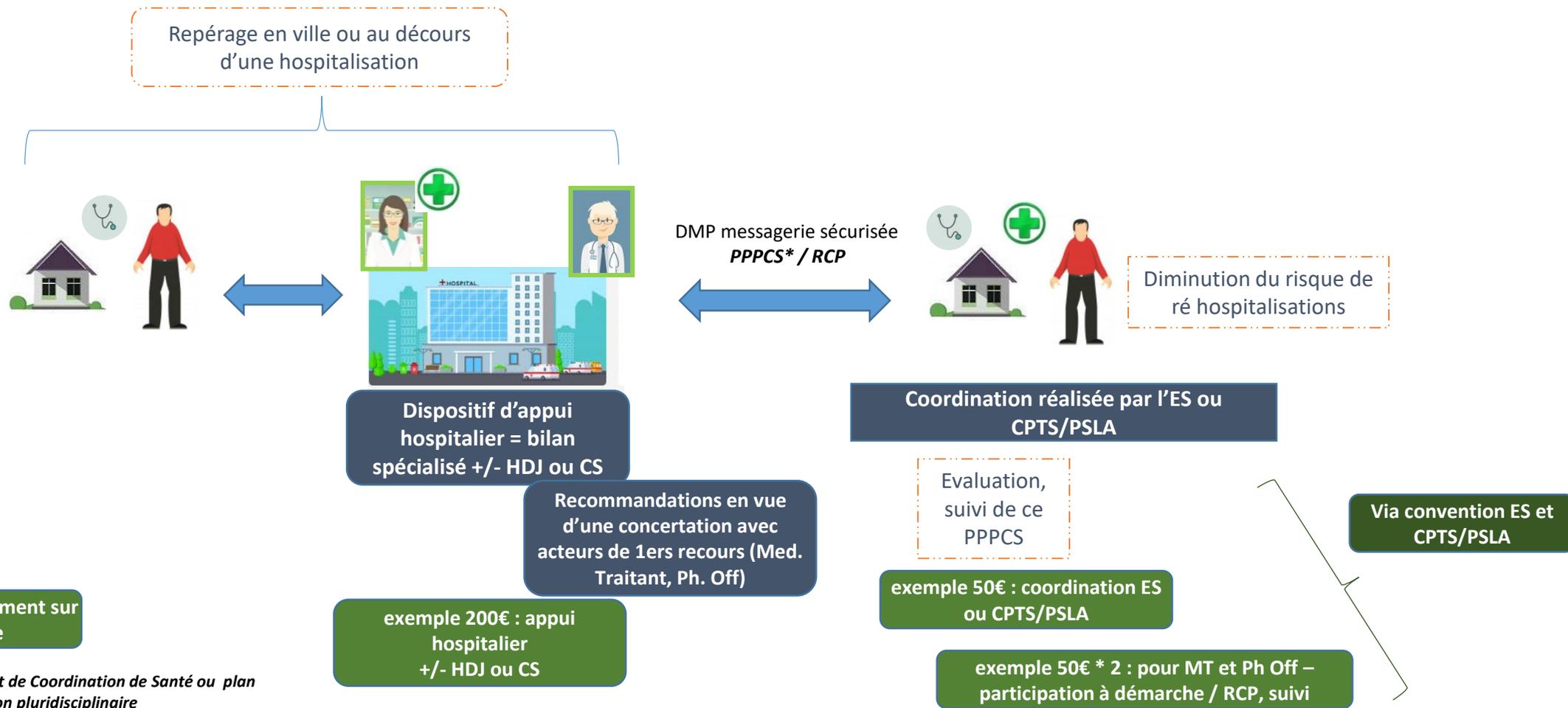
Démarche d'échanges collaboratifs

Exemple de parcours / valorisation

Population cible

- Patients ≥ 75 ans et patients ≥ 65 ans avec ALD, avec au moins un MPI +/- une polyprescription (> 5 CIP différentes)

Modèle



Facturation en HDJ Instruction gradation du 10 septembre 2020

- **Le GHS d'HDJ (plein tarif)**

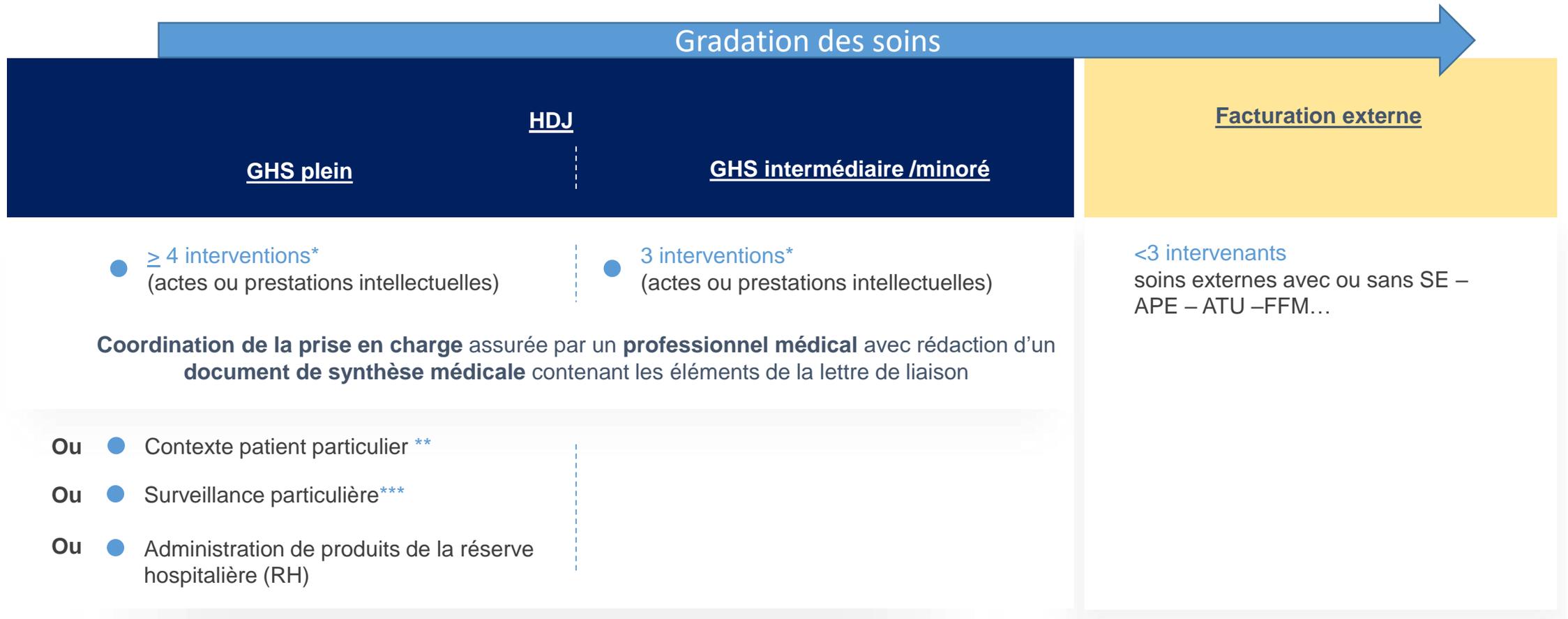
- Conditions **simplifiées et clarifiées** (nombre et nature des intervenants notamment)

- Prise en compte de l'intervention **des professionnels paramédicaux et socio-éducatifs** (diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes etc..)

- **Création du GHS d'HDJ intermédiaire**

- Intégré au champ de la facturation en hospitalisation avec un tarif minoré (dit GHS d'HDJ intermédiaire), dont le périmètre est élargi (plus de limitation à quelques pathologies)

Instruction gradation du 10 septembre 2020



* **Nature des interventions** : actes techniques (article L 162-1-7 du CSS) ou interventions réalisées directement auprès du patient **par des professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs**.

** **Contexte patient particulier** : **fragilité du patient et son terrain à risque** au moment de cette prise en charge (ex : **âge**, autre pathologie, état grabataire, etc.). Ce contexte nécessite un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières pour la réalisation de la prise en charge, que d'autres patients n'auraient pas requis.

*** **Surveillance particulière** : réalisation d'un prélèvement complexe, nécessité d'isolement prophylactique, recours à un environnement de type bloc opératoire ou interventionnel ou nécessitant des conditions d'asepsies spécifiques, nécessité d'une surveillance prolongée du fait d'un risque de complication ; autres situations, à préciser dans le dossier.

Concernant les produits de la RH : instructions ultérieures qui pourraient faire basculer certains médicaments en soins externes avec forfait SE – ex de toxine botulique début 2021)

GHS plein ou minoré :

- ≥ 4 intervenants ou actes
 - Ex : Médecin, IDE (ex : bilan cognitif) ; pharmacien (conciliation et optimisation médicamenteuse), coach sportif, ergothérapeute
 - + autres interventions possibles (exclus examens biologiques ou ECG)
 - Ex : HDJ pour bilan de chute à répétition, GHS plein à 627€ - hypotension médicamenteuse à 567€
- si 3 intervenants ou actes :
 - 350€ est une fourchette haute d'un demi-tarif.

Points importants :

au minimum **toujours un professionnel médical**

- qui réalise une synthèse diagnostique et/ou thérapeutique du séjour
- la facturation ne concerne QUE ce qui est réalisé au cours du séjour
 - si un **bilan pharmaceutique** est réalisé il **ne peut être pris en compte à distance** = doit figurer dans la lettre de synthèse de l'HDJ
- **Traçabilité** : tout ce qui est réalisé et qui contribue à justifier une prestation et a fortiori un GHS plein ou minoré doit être tracé au dossier médical et argumenté
 - exemple « état du malade » = lecture du dossier on / état de santé qui a motivé qu'il ne pouvait pas être pris en charge en externe mais bien d'une HDJ médecine compte tenu du contexte.

Porte d'entrée : personne âgée de 75 ans et plus, résidant en ville

Porte d'entrée : personne âgée de 75 ans et plus, en hospitalisation

Indicateurs de processus (afin de suivre le déploiement du projet d'expérimentation)

- Nombre de patients inclus dans le dispositif : nombre de personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant de consultations de gériatrie spécialisée associant une évaluation standardisée de bilan des fragilités et une consultation de pharmacie clinique
- Nombre de « PPP/PPCS » avec recommandations établies
- Taux de transmission de ces recommandations via messagerie sécurisée au médecin traitant et pharmacien d'officine ou autre professionnel pouvant être impliqué dans le projet

- Nombre de patients inclus dans le dispositif : nombre de conciliations médicamenteuses d'entrée
- Nombre de conciliations des pathologies actives (médecin avec une compétence gériatrique en lien avec médecin traitant +/- spécialistes)
- Nombre de conciliations médicamenteuses de sortie standardisée (médecin avec une compétence gériatrique + pharmacien) avec optimisation médicamenteuse
- Nombre de « PPP/PPCS » avec recommandations établies
- Taux de transmission de ces recommandations via messagerie sécurisée au médecin traitant et pharmacien d'officine ou autre professionnel pouvant être impliqué dans le projet

Indicateurs de satisfaction

Synthèse annuelle des questionnaire de satisfaction adressés aux patients (et/ou de leurs aidants) et aux professionnels libéraux et/ou médicosociaux

Indicateurs qualitatifs

- Décrire les modalités de participation des médecins traitants (ayant sollicité l'établissement et/ou destinataires des recommandations – par ex : RCP, plateforme e-sante)
- Décrire les modalités d'information des professionnels libéraux (médecins et pharmaciens : messagerie sécurisée, etc.)
- Fournir les exemples d'outils de communication
- Décrire les modalités de transmission des bilans partagés de médication (lors de l'étape de repérage)
- Décrire les modalités de suivi de PPP/PPCS mis en œuvre par les professionnels de santé libéraux impliqués

Indicateurs suivis au niveau régional ARS/OMÉDIT – pour information

Taux de patients hospitalisés avec un effet indésirable médicamenteux via le SNDS (Système national des données de santé)

Nombre de patients hospitalisés avec un effet indésirable médicamenteux via le SNDS