

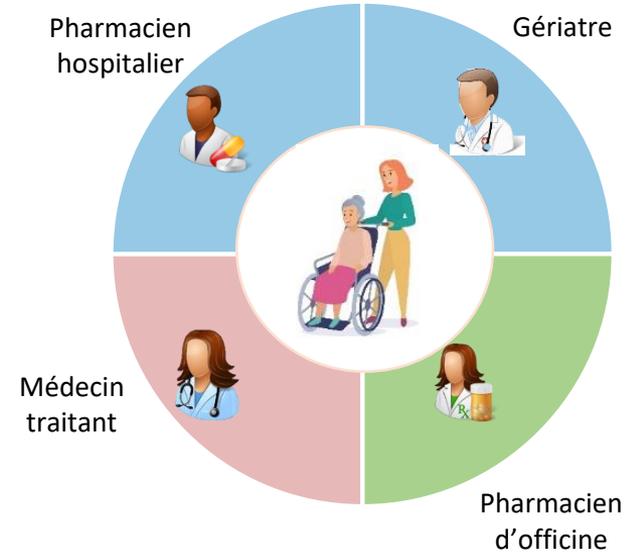
# APPEL À CANDIDATURE RÉGIONAL - VILLE-HÔPITAL - GÉRIATRIE



## OPTIMEDOC

Point d'étape  
OMÉDIT/ARS/bimedoc/établissements/  
URML/URPS

Vendredi 23 juin(14h00-15h30)



Porteurs du projet  
[ars-normandie-omedit@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-omedit@ars.sante.fr)



l'Assurance  
Maladie

Normandie



URPS  
Pharmaciens  
Normandie

- 1°) **Tableau de bord régional** : données d'activité
- 2°) **Mesure d'impact sur 8 établissements** (*Romain Leguillon et Alexandre Meurant*)
- 3°) **Suivi**
- 4°) **Point de situation du parcours article 51 IATROPREV**
- 5°) **Analyse des processus OPTIMEDOC par les HDF**
- 6°) **Modalités de communication sur le parcours OPTIMEDOC**
- 7°) **Rémunération des professionnels libéraux – rappel du cahier des charges du projet**
- 8°) **Evolutions bimedoc**
- 9°) **Kit de communication**

# 1°) Tableau de bord régional : données d'activité

Au 21/06/23 , sur les 12 établissements:



- Nombre total de patients ayant bénéficié d'un Plan Pharmaceutique Personnalisé : **946**
- Nombre de concertations pluriprofessionnelles ville-hôpital : **697 (soit 74% des patients)**
- Nombre de **médecins généralistes** utilisateurs bimédoc : 119
- Nombre de **pharmacies d'officine** utilisatrices de bimédoc : 220
- **Nombre moyen de recommandations créées par patient : 6**



# Mesure d'impact OPTIMEDOC

Romain Léguillon, Pharmacien AHU, CHU de Rouen  
Alexandre Meurant, Pharmacien assistant, CHU de Caen

GT Optimedoc  
23/06/2023

# Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

- Problématique de santé publique<sup>[1-2]</sup>
  - Augmentation de la morbi-mortalité
  - Coût des soins

[1] Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC, Gu X, Schweizer ML. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. 2017;57(6):729-738.e10.

[2] Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf*. janv 2014;13(1):10.1517/14740338.2013.827660

# Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

- Problématique de santé publique<sup>[1-2]</sup>
  - Augmentation de la morbi-mortalité
  - Coût des soins
- Révisions des thérapeutiques pluri-professionnelles<sup>[3]</sup>
  - Réduction du risque iatrogène
  - Amélioration des déterminants de qualité des soins

[1] Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC, Gu X, Schweizer ML. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. J Am Pharm Assoc JAPhA. 2017;57(6):729-738.e10.

[2] Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Expert Opin Drug Saf. janv 2014;13(1):10.1517/14740338.2013.827660

[3] Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 23 févr 2016;6(2):e010003

# Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

- Problématique de santé publique<sup>[1-2]</sup>
  - Augmentation de la morbi-mortalité
  - Coût des soins
- Révisions des thérapeutiques pluri-professionnelles<sup>[3]</sup>
  - Réduction du risque iatrogène
  - Amélioration des déterminants de qualité des soins
- Nombreux programmes innovants
  - Iatoprev (art. 51)
  - Optimedoc

[1] Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC, Gu X, Schweizer ML. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. J Am Pharm Assoc JAPhA. 2017;57(6):729-738.e10.

[2] Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Expert Opin Drug Saf. janv 2014;13(1):10.1517/14740338.2013.827660

[3] Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 23 févr 2016;6(2):e010003

## Impact du programme OPTIMEDOC sur les déterminants de santé

- Méthode indirecte : Qualité des prescriptions
  - Paramètres quantitatifs : nombre de médicaments prescrits, exposition à la polymédication
  - Paramètres qualitatifs : nombre de médicaments potentiellement inappropriés, charge anticholinergique

## Impact du programme OPTIMEDOC sur les déterminants de santé

- Méthode indirecte : Qualité des prescriptions
  - Paramètres quantitatifs : nombre de médicaments prescrits, exposition à la polymédication
  - Paramètres qualitatifs : nombre de médicaments potentiellement inappropriés, charge anticholinergique
- Méthode observationnelle : Suivi populationnel
  - Survenue d'EIM et Recours au système de soins
  - Réhospitalisation – Décès

## Impact du programme OPTIMEDOC sur les déterminants de santé

- **Méthode indirecte : Qualité des prescriptions**
  - Paramètres quantitatifs : nombre de médicaments prescrits, exposition à la polymédication
  - Paramètres qualitatifs : nombre de médicaments potentiellement inappropriés, charge anticholinergique
- **Méthode observationnelle : Suivi populationnel**
  - Survenue d'EIM et Recours au système de soins
  - Réhospitalisation – Décès

# Objectifs

- Principal :
  - Evaluer l'impact du programme OPTIMEDOC sur le **nombre de médicaments prescrits**

# Objectifs

- Principal :
  - Evaluer l'impact du programme OPTIMEDOC sur le **nombre de médicaments prescrits**
- Secondaires :
  - Evaluer l'impact du programme OPTIMEDOC sur la **prévalence de la polymédication et de la polymédication excessive**
  - Evaluer l'impact du programme OPTIMEDOC sur le **nombre de médicaments potentiellement inappropriés (MPI)**
  - **Décrire les interventions thérapeutiques** réalisées et leur taux d'acceptation.

# Méthode

Etude prospective multicentrique descriptive menée au sein de huit hôpitaux Normands.

### **Inclusions :**

- Tous les patients ayant bénéficié du parcours patient OPTIMEDOC du 01/04/2022 au 28/02/2023
- Rappel : Patients de 75 ou plus avec projet de soins RAD

# Méthode

Etude prospective multicentrique descriptive menée au sein de huit hôpitaux Normands.

### **Inclusions :**

- Tous les patients ayant bénéficié du parcours patient OPTIMEDOC du 01/04/2022 au 28/02/2023
- Rappel : Patients de 75 ou plus avec projet de soins RAD

### **Gestion des données :**

- Extraction via BIMEDOC®
- Data management : Python®
- Data analyse : Python® et Rstudio®

# Méthode

Etude prospective multicentrique descriptive menée au sein de huit hôpitaux Normands.

### **Médicaments potentiellement inappropriés :**

- Tableau 3 de la liste REMEDiES<sup>[4]</sup> « unfavourable risk/benefit ratio and/or questionable efficacy”
  - Exemples : antihistaminiques de 1ère génération, Nefopam, antidépresseurs tricycliques ...

# Méthode

Etude prospective multicentrique descriptive menée au sein de huit hôpitaux Normands.

### **Médicaments potentiellement inappropriés :**

- Tableau 3 de la liste REMEDI<sup>[4]</sup> « unfavourable risk/benefit ratio and/or questionable efficacy”
  - Exemples : antihistaminiques de 1ère génération, Nefopam, antidépresseurs tricycliques ...

### **Analyse Statistiques :**

- **Test de Wilcoxon de comparaison des différences de moyennes sur échantillons appariés.**

### **Aspect réglementaire :**

- DRCI Rouen – Caen accord (avis CLERS 4133)
- Avenants contrat OMEDIT – Etablissement : « *Autorisation de réutilisation des données à visée de recherche* »

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]
Age; in years	86.8 ± 5.5
<b>Gender</b>	
<i>Female</i>	351 (61.0)
<i>Male</i>	224 (39.0)
<b>BADL</b> ; before admission	4.3 ± 1.6
<i>Missing data</i>	257
<b>History of falls</b> ; (≤ 12 months)	
<i>Yes</i>	222 (62.2)
<i>No</i>	135 (37.8)
<i>Missing data</i>	218
<b>Nutritional status</b>	
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)
<i>Missing data</i>	271

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
Age; in years	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Age; in years</b>	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Age; in years</b>	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	→ Perte d'indépendance fonctionnelle
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Age; in years</b>	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	→ Perte d'indépendance fonctionnelle
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	→ Antécédents de chute dans l'année
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Age; in years</b>	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	→ Perte d'indépendance fonctionnelle
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	→ Antécédents de chute dans l'année
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		→ Non dénutrie
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
Age; in years	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	→ Perte d'indépendance fonctionnelle
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	→ Antécédents de chute dans l'année
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		→ Non dénutrie
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

### Limites identifiées :

- Antécédents et diagnostics médicaux : informations manquantes
- Score de Charlson : non interprétable
- Limitations dans la détection des MPI

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 1.** Baseline characteristics of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Age; in years</b>	86.8 ± 5.5	→ Population âgée
<b>Gender</b>		
<i>Female</i>	351 (61.0)	→ Prédominance Féminine
<i>Male</i>	224 (39.0)	
<b>BADL; before admission</b>	4.3 ± 1.6	→ Perte d'indépendance fonctionnelle
<i>Missing data</i>	257	
<b>History of falls; (≤ 12 months)</b>		
<i>Yes</i>	222 (62.2)	→ Antécédents de chute dans l'année
<i>No</i>	135 (37.8)	
<i>Missing data</i>	218	
<b>Nutritional status</b>		→ Non dénutrie
<i>No malnutrition</i>	165 (54.3)	
<i>Malnutrition</i>	113 (37.2)	
<i>Severe malnutrition</i>	26 (8.5)	
<i>Missing data</i>	271	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified.

BADL: basic activities of daily living

### Limites identifiées :

- Antécédents et diagnostics médicaux : informations manquantes
- Score de Charlson : non interprétable
- Limitations dans la détection des MPI

### Forces identifiées :

- Exhaustivités des données thérapeutiques
- Recueil des interventions pharmaceutiques

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 2.** Home treatment management of the population.

<b>Characteristics</b>	<b>Overall [n=575]</b>
<b>Treatment delivery</b>	
<i>Patients</i>	100 (27.0)
<i>Caregivers</i>	190 (51.4)
<i>Nurses</i>	81 (21.6)
<i>Missing data</i>	204
<b>Treatment preparation</b>	
<i>Patients</i>	95 (25.0)
<i>Patients with pill box</i>	44 (11.6)
<i>Caregivers with pill box</i>	46 (12.1)
<i>Caregivers</i>	27 (7.1)
<i>Nurse with pill box</i>	127 (33.4)
<i>Nurse</i>	41 (10.8)
<i>Missing data</i>	195
<b>Treatment administration</b>	
<i>Patients</i>	239 (63.6)
<i>Caregivers</i>	47 (12.5)
<i>Nurses</i>	90 (23.9)
<i>Missing data</i>	199

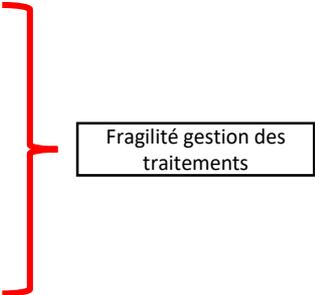
Results are presented as mean  $\pm$  sd and n (%) unless otherwise specified

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 2.** Home treatment management of the population.

<b>Characteristics</b>	<b>Overall [n=575]</b>
<b>Treatment delivery</b>	
<i>Patients</i>	100 (27.0)
<i>Caregivers</i>	190 (51.4)
<i>Nurses</i>	81 (21.6)
<i>Missing data</i>	204
<b>Treatment preparation</b>	
<i>Patients</i>	95 (25.0)
<i>Patients with pill box</i>	44 (11.6)
<i>Caregivers with pill box</i>	46 (12.1)
<i>Caregivers</i>	27 (7.1)
<i>Nurse with pill box</i>	127 (33.4)
<i>Nurse</i>	41 (10.8)
<i>Missing data</i>	195
<b>Treatment administration</b>	
<i>Patients</i>	239 (63.6)
<i>Caregivers</i>	47 (12.5)
<i>Nurses</i>	90 (23.9)
<i>Missing data</i>	199



Fragilité gestion des traitements

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 2.** Home treatment management of the population.

Characteristics	Overall [n=575]	
<b>Treatment delivery</b>		
<i>Patients</i>	100 (27.0)	
<i>Caregivers</i>	190 (51.4)	}
<i>Nurses</i>	81 (21.6)	
<i>Missing data</i>	204	
<b>Treatment preparation</b>		
<i>Patients</i>	95 (25.0)	}
<i>Patients with pill box</i>	44 (11.6)	
<i>Caregivers with pill box</i>	46 (12.1)	
<i>Caregivers</i>	27 (7.1)	
<i>Nurse with pill box</i>	127 (33.4)	
<i>Nurse</i>	41 (10.8)	
<i>Missing data</i>	195	
<b>Treatment administration</b>		→
<i>Patients</i>	239 (63.6)	}
<i>Caregivers</i>	47 (12.5)	
<i>Nurses</i>	90 (23.9)	
<i>Missing data</i>	199	

Fragilité gestion des traitements

Auto-administration préservée

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 2.** Home treatment management of the population.

Characteristics	Overall [n=575]
<b>Treatment delivery</b>	
<i>Patients</i>	100 (27.0)
<i>Caregivers</i>	190 (51.4)
<i>Nurses</i>	81 (21.6)
<i>Missing data</i>	204
<b>Treatment preparation</b>	
<i>Patients</i>	95 (25.0)
<i>Patients with pill box</i>	44 (11.6)
<i>Caregivers with pill box</i>	46 (12.1)
<i>Caregivers</i>	27 (7.1)
<i>Nurse with pill box</i>	127 (33.4)
<i>Nurse</i>	41 (10.8)
<i>Missing data</i>	195
<b>Treatment administration</b>	
<i>Patients</i>	239 (63.6)
<i>Caregivers</i>	47 (12.5)
<i>Nurses</i>	90 (23.9)
<i>Missing data</i>	199

Fragilité gestion des traitements

Auto-administration préservée

### Limite identifiée :

- Beaucoup de données manquantes

# Résultats

## Caractéristiques population

**Table 2.** Home treatment management of the population.

Characteristics	Overall [n=575]
<b>Treatment delivery</b>	
<i>Patients</i>	100 (27.0)
<i>Caregivers</i>	190 (51.4)
<i>Nurses</i>	81 (21.6)
<i>Missing data</i>	204
<b>Treatment preparation</b>	
<i>Patients</i>	95 (25.0)
<i>Patients with pill box</i>	44 (11.6)
<i>Caregivers with pill box</i>	46 (12.1)
<i>Caregivers</i>	27 (7.1)
<i>Nurse with pill box</i>	127 (33.4)
<i>Nurse</i>	41 (10.8)
<i>Missing data</i>	195
<b>Treatment administration</b>	
<i>Patients</i>	239 (63.6)
<i>Caregivers</i>	47 (12.5)
<i>Nurses</i>	90 (23.9)
<i>Missing data</i>	199

Fragilité gestion des traitements

Auto-administration préservée

Results are presented as mean  $\pm$  sd and n (%) unless otherwise specified

### Limite identifiée :

- Beaucoup de données manquantes

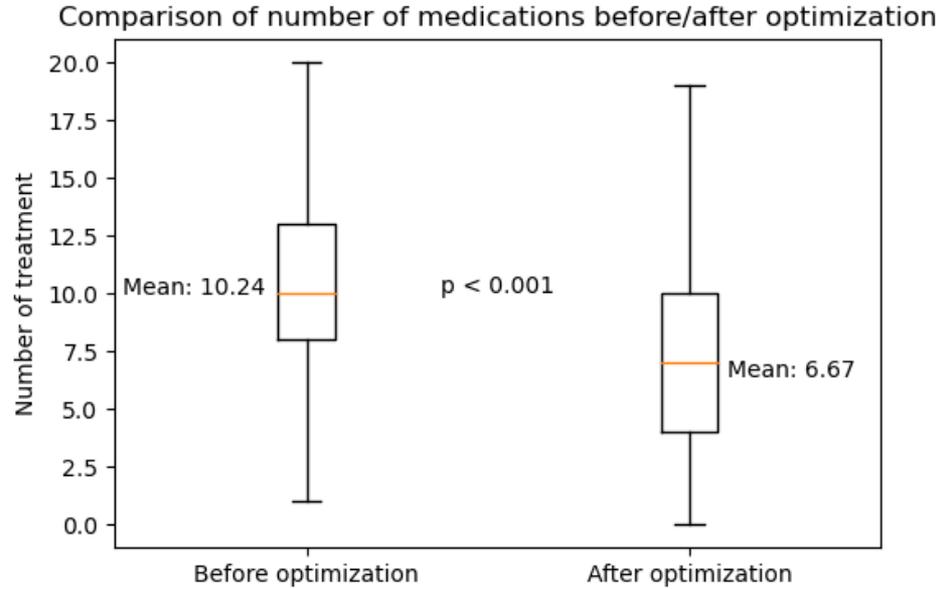
### Forces identifiées :

- Données rarement identifiées dans les études

# Résultats

Objectif principal

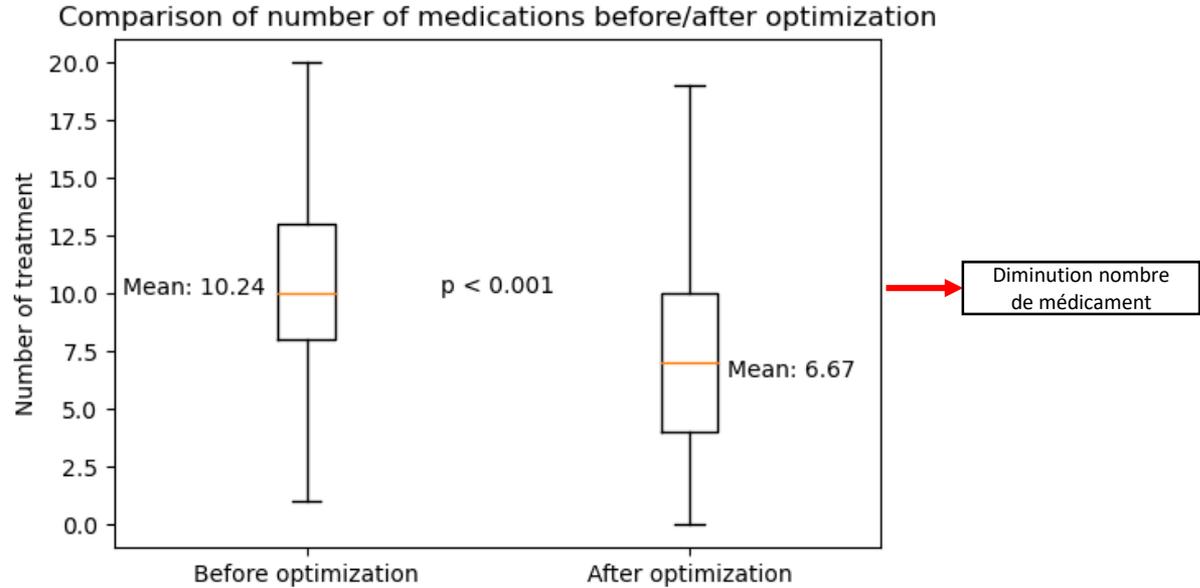
**Figure A.** Impact of the OPTIMEDOC program on the number of prescribed medications.



# Résultats

Objectif principal

**Figure A.** Impact of the OPTIMEDOC program on the number of prescribed medications.



# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 3.** Outcomes from OPTIMEDOC program.

	Before optimization [n=575]	After optimization [n=575]	p-value
Number of medications	10.2 ± 4.0	6.7 ± 4.2	p < 0.001**
Polypharmacy			p < 0.001†
<i>None; &lt; 5</i>	33 (5.7)	163 (28.3)	
<i>Polypharmacy; [5; 9]</i>	215 (37.4)	263 (45.7)	
<i>Excessive polypharmacy; ≥ 10</i>	327 (56.9)	149 (26.0)	
Number of PIMs	0.7 ± 1.0	0.4 ± 0.6	p < 0.001**
Patients with ≥ 1 PIMs	283 (49.2)	167 (29.0)	p < 0.001*
Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified			
PIMs : Potentially Inappropriate Medications			
†Wilcoxon signed-rank test			
**Paired Student's t-test			
*McNemar test			

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 3.** Outcomes from OPTIMEDOC program.

	Before optimization [n=575]	After optimization [n=575]	p-value
Number of medications	10.2 ± 4.0	6.7 ± 4.2	p < 0.001**
Polypharmacy			p < 0.001†
<i>None; &lt; 5</i>	33 (5.7)	163 (28.3)	
<i>Polypharmacy; [5; 9]</i>	215 (37.4)	263 (45.7)	
<i>Excessive polypharmacy; ≥ 10</i>	327 (56.9)	149 (26.0)	
Number of PIMs	0.7 ± 1.0	0.4 ± 0.6	p < 0.001**
Patients with ≥ 1 PIMs	283 (49.2)	167 (29.0)	p < 0.001*

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified  
PIMs : Potentially Inappropriate Medications  
†Wilcoxon signed-rank test  
\*\*Paired Student's t-test  
\*McNemar test

Amélioration des paramètres quantitatifs

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 3.** Outcomes from OPTIMEDOC program.

	Before optimization [n=575]	After optimization [n=575]	p-value	
Number of medications	10.2 ± 4.0	6.7 ± 4.2	p < 0.001**	Amélioration des paramètres quantitatifs
Polypharmacy			p < 0.001†	
<i>None; &lt; 5</i>	33 (5.7)	163 (28.3)		
<i>Polypharmacy; [5; 9]</i>	215 (37.4)	263 (45.7)		
<i>Excessive polypharmacy; ≥ 10</i>	327 (56.9)	149 (26.0)		
Number of PIMs	0.7 ± 1.0	0.4 ± 0.6	p < 0.001**	Amélioration des paramètres qualitatifs
Patients with ≥ 1 PIMs	283 (49.2)	167 (29.0)	p < 0.001*	

Results are presented as mean ± sd and n (%) unless otherwise specified  
PIMs : Potentially Inappropriate Medications  
†Wilcoxon signed-rank test  
\*\*Paired Student's t-test  
\*McNemar test

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 4.** Details of PIMs stopped during the OPTIMEDOC program.

Potentially inappropriate medication according to REMEDI[e]S		Before optimization [n = 378]	After optimization [n = 202]	Number of discontinued* [n = 176]
<i>B/R6</i>	Imipraminic antidepressants	122 (32.3)	63 (31.2)	59 (48.4)
<i>B/R3</i>	First step analgesics	75 (19.8)	37 (18.3)	38 (50.7)
<i>B/R22</i>	Antiplatelet agents	53 (14.0)	36 (17.8)	17 (32.1)
<i>B/R35</i>	Long-acting anxiolytic benzodiazepines	23 (6.1)	11 (5.4)	12 (52.2)
<i>B/R10</i>	Anxiolytics	14 (3.7)	4 (2.0)	10 (71.4)
<i>B/R17</i>	Immediate-release calcium channel blockers	25 (6.6)	15 (7.4)	10 (40.0)
<i>B/R29</i>	Antidiarrheals	10 (2.6)	2 (1.0)	8 (80.0)
<i>B/R13</i>	Urinary antispasmodics	16 (4.2)	10 (5.0)	6 (37.5)
<i>B/R14</i>	Anti-anginal	8 (2.1)	4 (2.0)	4 (50.0)
<i>B/R27</i>	Glinides	8 (2.1)	5 (2.5)	3 (37.5)
<i>B/R39</i>	5-alpha reductase inhibitors	10 (2.6)	8 (4.0)	2 (20.0)
<i>B/R38</i>	Cerebral vasodilators	3 (0.8)	1 (0.5)	2 (66.7)
<i>B/R23</i>	Veinotonics	4 (1.1)	2 (1.0)	2 (50.0)
<i>B/R31</i>	Antiulcer agents	2 (0.5)	1 (0.5)	1 (100.0)
<i>B/R26</i>	Hypoglycemic sulfonamides	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R15</i>	Antihypertensive drugs with central action	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R9</i>	Antivertigo agents	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R25</i>	Muscle relaxants	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R16</i>	Antihypertensive peripheral agents (alpha-1 blockers)	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

\*Results for the variable Number of discontinued PIMs are presented as n, relative % decrease

B/R: unfavorable benefit-risk ratio and/or questionable effectiveness according to REMEDI[e]S criteria

# Résultats

Objectifs secondaires

**Table 4.** Details of PIMs stopped during the OPTIMEDOC program.

Potentially inappropriate medication according to REMEDI[e]S	Before optimization [n = 378]	After optimization [n = 202]	Number of discontinued* [n = 176]
<i>B/R6</i> Imipraminic antidepressants	122 (32.3)	63 (31.2)	59 (48.4)
<i>B/R3</i> First step analgesics	75 (19.8)	37 (18.3)	38 (50.7)
<i>B/R22</i> Antiplatelet agents	53 (14.0)	36 (17.8)	17 (32.1)
<i>B/R35</i> Long-acting anxiolytic benzodiazepines	23 (6.1)	11 (5.4)	12 (52.2)
<i>B/R10</i> Anxiolytics	14 (3.7)	4 (2.0)	10 (71.4)
<i>B/R17</i> Immediate-release calcium channel blockers	25 (6.6)	15 (7.4)	10 (40.0)
<i>B/R29</i> Antidiarrheals	10 (2.6)	2 (1.0)	8 (80.0)
<i>B/R13</i> Urinary antispasmodics	16 (4.2)	10 (5.0)	6 (37.5)
<i>B/R14</i> Anti-anginal	8 (2.1)	4 (2.0)	4 (50.0)
<i>B/R27</i> Glimides	8 (2.1)	5 (2.5)	3 (37.5)
<i>B/R39</i> 5-alpha reductase inhibitors	10 (2.6)	8 (4.0)	2 (20.0)
<i>B/R38</i> Cerebral vasodilators	3 (0.8)	1 (0.5)	2 (66.7)
<i>B/R23</i> Veinotonics	4 (1.1)	2 (1.0)	2 (50.0)
<i>B/R31</i> Antiulcer agents	2 (0.5)	1 (0.5)	1 (100.0)
<i>B/R26</i> Hypoglycemic sulfonamides	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R15</i> Antihypertensive drugs with central action	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R9</i> Antivertigo agents	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R25</i> Muscle relaxants	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R16</i> Antihypertensive peripheral agents (alpha-1 blockers)	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)

Médicaments du SNC  
(n = 119, 68%)

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

\*Results for the variable Number of discontinued PIMs are presented as n, relative % decrease

B/R: unfavorable benefit-risk ratio and/or questionable effectiveness according to REMEDI[e]S criteria

# Résultats

Objectifs secondaires

**Table 4.** Details of PIMs stopped during the OPTIMEDOC program.

Potentially inappropriate medication according to REMEDI[e]S	Before optimization [n = 378]	After optimization [n = 202]	Number of discontinued* [n = 176]
<i>B/R6</i> Imipraminic antidepressants	122 (32.3)	63 (31.2)	59 (48.4)
<i>B/R3</i> First step analgesics	75 (19.8)	37 (18.3)	38 (50.7)
<i>B/R22</i> Antiplatelet agents	53 (14.0)	36 (17.8)	17 (32.1)
<i>B/R35</i> Long-acting anxiolytic benzodiazepines	23 (6.1)	11 (5.4)	12 (52.2)
<i>B/R10</i> Anxiolytics	14 (3.7)	4 (2.0)	10 (71.4)
<i>B/R17</i> Immediate-release calcium channel blockers	25 (6.6)	15 (7.4)	10 (40.0)
<i>B/R29</i> Antidiarrheals	10 (2.6)	2 (1.0)	8 (80.0)
<i>B/R13</i> Urinary antispasmodics	16 (4.2)	10 (5.0)	6 (37.5)
<i>B/R14</i> Anti-anginal	8 (2.1)	4 (2.0)	4 (50.0)
<i>B/R27</i> Glimides	8 (2.1)	5 (2.5)	3 (37.5)
<i>B/R39</i> 5-alpha reductase inhibitors	10 (2.6)	8 (4.0)	2 (20.0)
<i>B/R38</i> Cerebral vasodilators	3 (0.8)	1 (0.5)	2 (66.7)
<i>B/R23</i> Veinotonics	4 (1.1)	2 (1.0)	2 (50.0)
<i>B/R31</i> Antiulcer agents	2 (0.5)	1 (0.5)	1 (100.0)
<i>B/R26</i> Hypoglycemic sulfonamides	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R15</i> Antihypertensive drugs with central action	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)
<i>B/R9</i> Antivertigo agents	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R25</i> Muscle relaxants	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)
<i>B/R16</i> Antihypertensive peripheral agents (alpha-1 blockers)	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)

Médicaments du SNC  
(n = 119, 68%)

Médicaments de  
Cardiologie  
(n = 32, 18%)

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

\*Results for the variable Number of discontinued PIMs are presented as n, relative % decrease

B/R: unfavorable benefit-risk ratio and/or questionable effectiveness according to REMEDI[e]S criteria

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 5.** Acceptance rate of pharmaceutical recommendations

Categories	Pharmaceutical Recommendations [n <sup>†</sup> = 6645]	Acceptance rate
<b>Total</b>	<b>5,384 (81.0)</b>	<b>4,660 (86.6)*</b>
Continue	2,812 (42.3)	2,722 (96.8)
Stop	1,270 (19.1)	1,126 (88.7)
Modified	1,011 (15.2)	812 (80.3)
<i>Switch</i>	312	-
<i>Increase of dosage</i>	3	-
<i>Decrease of dosage</i>	497	-
Other	291(4.4)	<i>missing data</i>
None	1,261 (19.0)	N/A

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

N/A : Not applicable

<sup>†</sup> Number of therapeutic lines analysed by hospital pharmacists

\*As the acceptance rate for the "Other" category cannot be calculated, the number of pharmaceutical recommendations retained is the worst for this category (0)

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 5.** Acceptance rate of pharmaceutical recommendations

Categories	Pharmaceutical Recommendations [n <sup>†</sup> = 6645]	Acceptance rate
<b>Total</b>	<b>5,384 (81.0)</b>	<b>4,660 (86.6)*</b>
Continue	2,812 (42.3)	2,722 (96.8)
Stop	1,270 (19.1)	1,126 (88.7)
Modified	1,011 (15.2)	812 (80.3)
<i>Switch</i>	312	-
<i>Increase of dosage</i>	3	-
<i>Decrease of dosage</i>	497	-
Other	291(4.4)	<i>missing data</i>
None	1,261 (19.0)	N/A

19 % des lignes sans avis pharmaceutiques

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

N/A : Not applicable

<sup>†</sup> Number of therapeutic lines analysed by hospital pharmacists

\*As the acceptance rate for the "Other" category cannot be calculated, the number of pharmaceutical recommendations retained is the worst for this category (0)

# Résultats

## Objectifs secondaires

**Table 5.** Acceptance rate of pharmaceutical recommendations

Categories	Pharmaceutical Recommendations [n <sup>†</sup> = 6645]	Acceptance rate	
<b>Total</b>	<b>5,384 (81.0)</b>	<b>4,660 (86.6)*</b>	→ 19 % des lignes sans avis pharmaceutiques
Continue	2,812 (42.3)	2,722 (96.8)	
Stop	1,270 (19.1)	1,126 (88.7)	
Modified	1,011 (15.2)	812 (80.3)	→ Très fort taux d'acceptation des recommandations
<i>Switch</i>	312	-	
<i>Increase of dosage</i>	3	-	
<i>Decrease of dosage</i>	497	-	
Other	291(4.4)	<i>missing data</i>	
None	1,261 (19.0)	N/A	

Results are presented as n (%) unless otherwise specified.

N/A : Not applicable

<sup>†</sup> Number of therapeutic lines analysed by hospital pharmacists

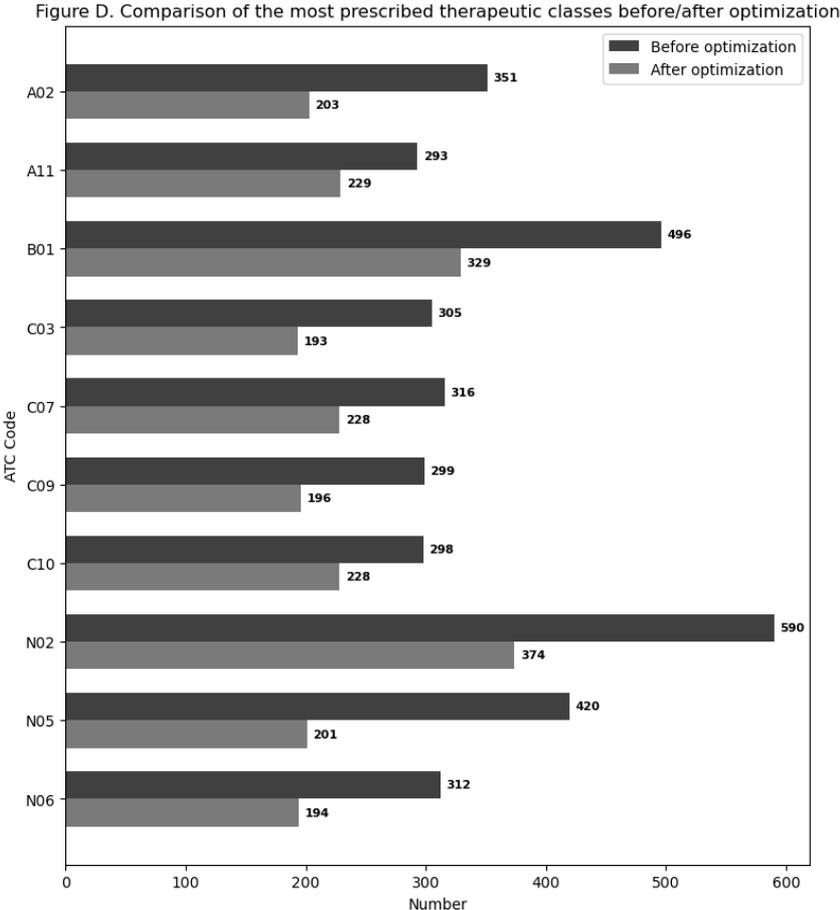
\*As the acceptance rate for the "Other" category cannot be calculated, the number of pharmaceutical recommendations retained is the worst for this category (0)

# Résultats

## Objectifs secondaires

- A02 : Médicaments liés à des problèmes d'acidité
- A11 : Vitamines
- B01 : Agents antithrombotiques
- C03 : Diurétiques
- C07: BB
- C09: Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10: Hypolipémiants
- N02: Analgésiques
- N05: Psycholeptiques
- N06: Psychoanaleptiques

**Figure D.** Comparison of the most commonly found therapies before/after optimization.



# Résultats

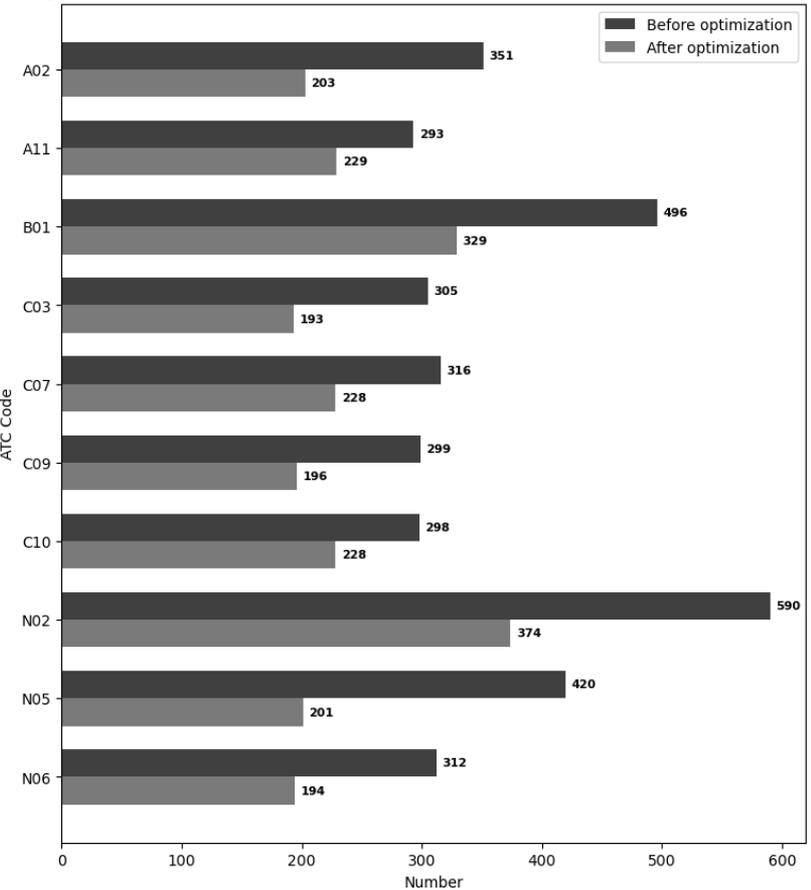
## Objectifs secondaires

Voies digestifs et métabolisme

- A02 : Médicaments liés à des problèmes d'acidité
- A11 : Vitamines
- B01 : Agents antithrombotiques
- C03 : Diurétiques
- C07: BB
- C09: Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10: Hypolipémiants
- N02: Analgésiques
- N05: Psycholeptiques
- N06: Psychoanaleptiques

**Figure D.** Comparison of the most commonly found therapies before/after optimization.

Figure D. Comparison of the most prescribed therapeutic classes before/after optimization



# Résultats

## Objectifs secondaires

Voies digestifs et métabolisme

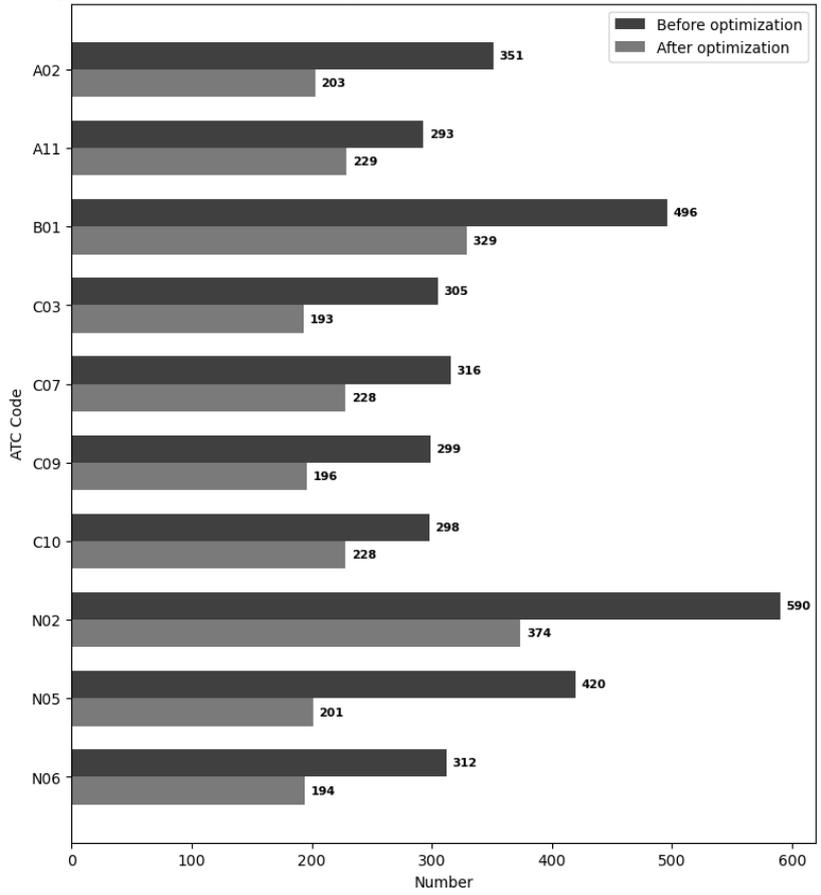
- A02 : Médicaments liés à des problèmes d'acidité
- A11 : Vitamines

Système cardiovasculaire

- B01 : Agents antithrombotiques
- C03 : Diurétiques
- C07: BB
- C09: Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10: Hypolipémiants
- N02: Analgésiques
- N05: Psycholeptiques
- N06: Psychoanaleptiques

**Figure D.** Comparison of the most commonly found therapies before/after optimization.

Figure D. Comparison of the most prescribed therapeutic classes before/after optimization



# Résultats

## Objectifs secondaires

Voies digestifs et métabolisme

- A02 : Médicaments liés à des problèmes d'acidité
- A11 : Vitamines

Système cardiovasculaire

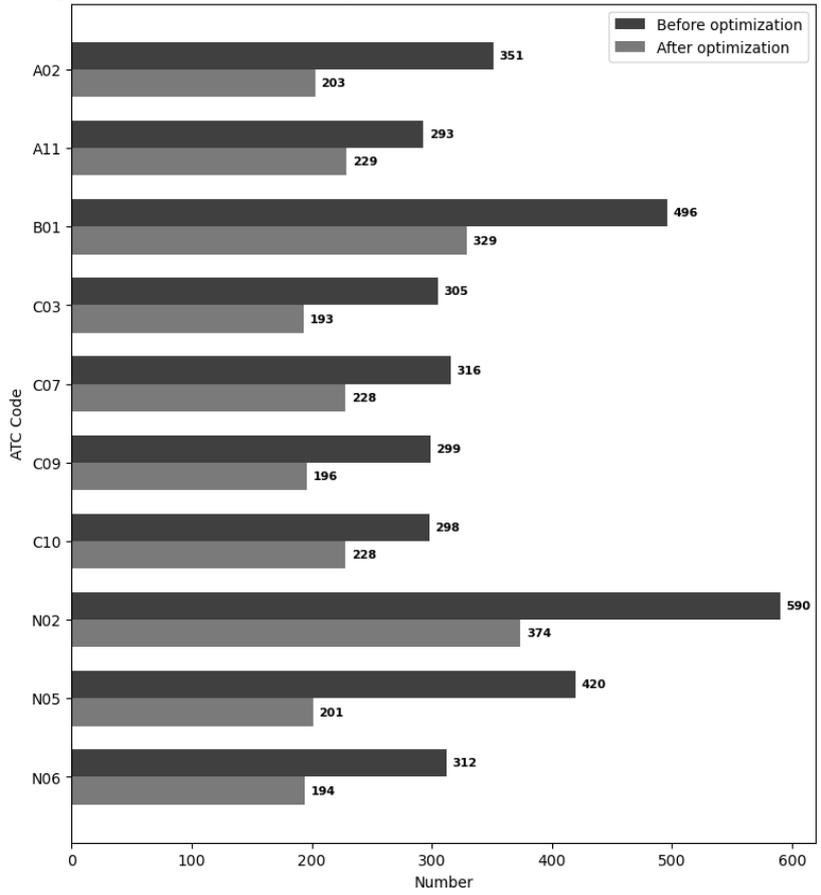
- B01 : Agents antithrombotiques
- C03 : Diurétiques
- C07: BB
- C09: Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10: Hypolipémiants

Système nerveux

- N02: Analgésiques
- N05: Psycholeptiques
- N06: Psychoanaleptiques

**Figure D.** Comparison of the most commonly found therapies before/after optimization.

Figure D. Comparison of the most prescribed therapeutic classes before/after optimization



# Discussion

- Analyse de la qualité des prescriptions :
  - Amélioration quantitative et qualitative des prescriptions
  - Intervention pharmaceutique largement accepté
  - Classes thérapeutiques problématiques en accord avec la littérature

# Discussion

- Analyse de la qualité des prescriptions :
  - Amélioration quantitative et qualitative des prescriptions
  - Intervention pharmaceutique largement accepté
  - Classes thérapeutiques problématiques en accord avec la littérature
- Forces de l'étude:
  - Multicentrique sur 8 centres
  - 575 patients inclus
  - Tient compte de critères de jugement quantitatifs et qualitatifs (MPI)
- Limites :
  - Pas de population contrôle
  - Pas de données de suivi
  - Absence de critère de jugement clinique

# Et demain ?

- Publication dans une revue internationale
- Suivi / Persistance des recommandations ?
- Etude multicentrique randomisée observationnelle ?
  - Harmonisation des pratiques ?
  - Projet de recherche ? Financement ?
  - Etude d'impact ?
    - Paramètres gériatrique ? (chutes, autonomie, dépendance ?)
    - Paramètres santé publique ? (EIM, ré hospitalisation, décès ?)

**Limite de l'étude :** ne permet pas de prendre en compte les données de suivi et d'évaluer réellement le lien hôpital-ville. Plusieurs perspectives évoquées (réunion de fin janvier):

- **Adaptation des modalités de suivi :** suivi à réaliser, dans la mesure du possible à **2 ; 6 et 12 mois** ([possibilité de modifier le suivi dans bimedoc](#) 45 jours et 90 jours)
- **Propositions URPS pharmaciens** (Christophe Delplanque) : mise à disposition d'un protocole de continuité en pharmacie de ville (comme dans le parcours Article 51 Onco link) dans lequel sont récapitulés les médicaments prescrits et dispensés au patient
  - Ne doit pas être la seule solution car risque de « perdre » des patients dans le suivi
- **Propositions de bimedoc :**
  - Développer une solution technique pour recueillir les données de dispensation dans MonEspace santé. Bimedoc se renseigne sur les possibilités et l'aspect réglementaire de telles requêtes
  - Utiliser la fonctionnalité de demande d'ordonnance dans bimedoc auprès du pharmacien d'officine → bimedoc réalise un tutoriel

**Disparité entre les établissements :** CH Bayeux : M1 et M3 ; Yvetot : à 4 semaines et 6 semaines ; Falaise : 2-6-12 mois ; CH Saint Lô: 2- 6 -12 mois; CHPC : à M3; GHH: à M2 et M6

## 4°) Point de situation du parcours article 51 Iatroprev

- Le Comité Technique d'Innovation en Santé a rendu des arbitrages nationaux favorables (avril 2023) concernant la durée de prolongation des durées d'expérimentation des trois parcours sur la iatrogénie médicamenteuse, dont le parcours Iatroprev. Ceux-ci se poursuivent ainsi jusqu'à fin avril 2024.
- Phase d'évaluation finale à l'automne 2023 (rapport final prévu pour fin janvier 2024)

### Evaluation d'un article 51 :

- Faisabilité
- Efficacité/Efficience
- Reproductibilité

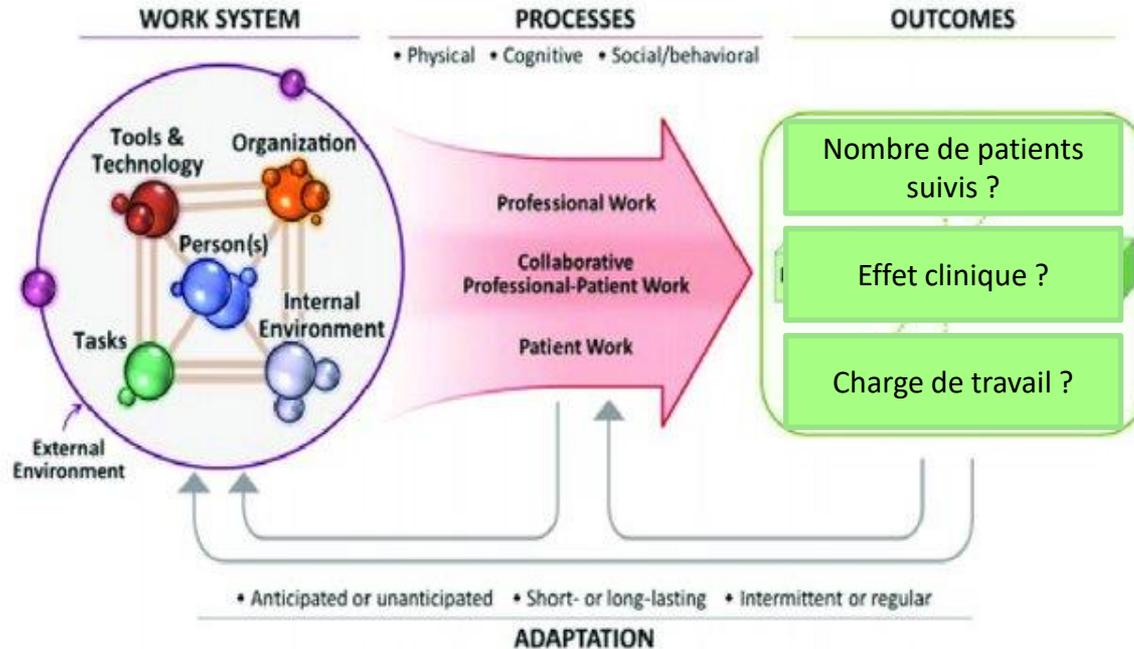
- **Intégration des résultats d'OPTIMEDOC dans l'évaluation du parcours Iatroprev**

- Réunion de lancement prévue le 26/09 (Mme Duburcq du cabinet CEMKA)
  - Recueil de la perception sur la mise en œuvre de l'expérimentation, son déploiement, les freins et les leviers rencontrés à chaque étape et échange sur les conditions de reproductibilité du projet

→ **Présentation de la mesure d'impact d'OPTIMEDOC (Romain Leguillon et Alexandre Meurant) lors du prochain IATROPREV (lundi 26 juin)**

→ **Analyse des processus OPTIMEDOC par ergonomes de l'université de Lille**

- Ingénierie des systèmes



# Cadre méthodologique

- Méthodes ethnographiques: entretiens de groupe
  - À distance (+++)
  - Face-à-face
- Dans chaque établissement, pour chaque porte d'entrée
  - 2-3 personnes aux personnes complémentaires sur le processus
  - ≈ 1h30

# Cadre méthodologique

Etablissement	Porte d'entrée		Date de l'entretien
	Ville	Hôpital	
Groupe hospitalier du Havre	x	x	17 août
CHU Caen	x	x	30 juin
CHU Rouen		x	28 juin
CH mémorial de St Lô	x	x	23 juin
CH Elbeuf-Louviers-Val de Reuil	x	x	?
CH Falaise	x	x	20 juin
CH Yvetot		x	16 août

# Thèmes des entretiens

- Partie 1. Historique de l'implémentation
- Partie 2. Le processus actuel et ses déterminants
- Partie 3. Debriefing
  - Objectif: synthétiser et détailler certains points
  - Sous-thèmes: les facteurs contraignants et favorisants, les difficultés et comment elles ont été surmontées, la satisfaction par rapport au processus, Bimedoc, le financement des postes

# Analyse des données

1. Identification des systèmes de travail et description des processus
  2. Comparaison des processus: quelles similarités et différences?
  3. Identification des facteurs modelant les processus
- Mieux comprendre les résultats d'Optimedoc
  - Tirer les leçons pour la généralisation du processus à d'autres contextes

- Projet suivi de près par le national → importance de bien maîtriser sa communication
    - Pour valoriser au mieux la démarche en Normandie
    - Ne pas impacter négativement le parcours article 51 IATROPREV
- /!\ Importance de citer le parcours IATROPREV article 51 dans chaque communication (internet, flyers, posters, congrès...)
- Faire valider le contenu auprès de l'OMéDIT/ARS

## 7°) Rémunération des professionnels libéraux – cahier des charges OPTIMEDOC

- Rémunération par les 6 CPAM de Normandie des pharmaciens d'officine et des médecins généralistes, **fin juin 2023**

9 établissements ayant eu des parcours clôturés sur la période 01/11/2022 au 31/05/2023

Colonnes	Format des
NIR	13 caractères alphanumérique
DATE_NAISSANCE	AAAA-MM-JJ
RANG	[1;5]
SEXE	[1;2] 1: Masculin 2: Féminin
IDENTIFIANT_VERSEMENT	FINESS GEOGRAPHIQUE pour Pharmacie d'officine et médecin traitant ; NUMERO ASSURANCE MALADIE pour le médecin traitant ;
DATE_SOINS	JJ/MM/AAAA
CODE_FORFAIT	Voir tableau spécifique au code forfait

CODE_FORFAIT	Fonction
19HDF04A0	DAH
19HDF04D0	DAH
19HDF04B0	Médecin traitant
19HDF04E0	Médecin traitant
19HDF04C0	Pharmacien d'officine
19HDF04F0	Pharmacien d'officine

- /!\ 1 ES dont le fichier de facturation était incomplet : **pas de codes forfait MT et pharmacien d'officine**  
→ impossibilité de rémunérer des libéraux → ne respecte pas le cahier des charges OPTIMEDOC → ne peut donc donner lieu à rémunération DAH
- Plusieurs ES où des dates de RCP manquaient pour le pharmacien d'officine → permet de s'interroger sur le cadre de leur implication (solicitation lors de du BM/CTM et lors du suivi mais pas de participation aux RCP)
- 1 ES ayant inclus des patients < 75 ans → ne respecte pas le cahier des charges OPTIMEDOC
- Nécessité pour chaque patient de faire a minima un échange téléphonique avec le MT pour donner lieu à une rémunération (consigne ARS Normandie et Assurance maladie)**

## 8°) Evolution bimedoc

- Fichier de suivi

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/16cfUfDIIUtd6AmvSbrzPh4jWnVqLKcyzGykqaFNt8Tk/edit?usp=sharing>

- **Compte-rendu réunion du 05/01/23** : Thomas Dauvet (bimédoc) étudie la possibilité d'interroger l'annuaire des Apicrypt V2 afin qu'elles puissent être intégrées dans bimédoc
- **CR réunion février** : demande des établissements pour avoir un **tableau de bord de leurs indicateurs** dans bimédoc → OK au niveau de bimédoc pour le développer
- **CR réunion février** : demande des établissements de disposer de la possibilité de transmettre le **PDF de synthèse** dans le **mail qui est transmis au médecin traitant** → OK au niveau de bimédoc pour le développer
- **CH Falaise 15/02:**
  - Étape 1 et/ou dans le Bilan médicamenteux : dans l'onglet allergie, nous sommes obligés de sélectionner un médicament donné et non une classe de médicament. Par exemple, en cas d'allergie à la Pénicilline, voici une partie des propositions
  - Étape 1 : depuis peu nous pouvons transférer la Conciliation médicament (la partie prescription corrigée) pour mettre dans l'étape 1. Cela ne nous paraît pas pertinent : en effet, le transfert automatique du BMO est plus pertinent (nous utilisons les traitements avant l'hospitalisation pour réaliser les propositions d'OPTIMEDOC). De plus, si on se base uniquement sur la CTM, toutes les questions auxquelles nous avons répondu dans le BMO (qui sont quasiment identiques à celles posées dans l'étape 1) ne sont pas transférées, il faut donc tout retranscrire...

- **13/02/23:**

- **Ligne 17** : l'OMÉDIT a envoyé le flyer régional de présentation du projet à bimedoc afin qu'il soit joint aux emails destinés aux libéraux
- **Lignes 40 à 53** : ces demandes concernent la composante métier :
  - Nécessité de déterminer dans le cadre d'un GT spécifique les critères à ajouter dans le bilan d'inclusion. Des membres du GT souhaitent-ils participer à ce groupe ?
  - L'OMÉDIT va se rapprocher des porteurs de projet de latroprev afin de savoir si un travail est en cours pour ajouter des paramètres au niveau du bilan d'inclusion
- **Ligne 72** : proposition de bimedoc d'avoir deux possibilités pour générer le PDF, avec un PDF « Ambulatoire » et un PDF « Hospitalier ». Cela permettrait ainsi de différencier les documents issus d'un parcours « entrée ville » de ceux issus d'un parcours « entrée hospitalière »

- **09/06/2023 (CH Saint Lô) :**

- difficulté informatique pour les généralistes à valider informatiquement la RCP :

Arrivée sur la plateforme après connexion : le médecin démarre sur la page « Patients ». Il ne voit pas les patients qui lui sont rattachés (*si ce n'est un patient test que nous avons créé spécialement pour une démonstration précédente*)

Le médecin doit sélectionner la page générale « Optimedoc » où là il retrouve enfin ses patients. Il voit le tableau de bord et peut rentrer dans un dossier patient.

Après devoir sélectionner l'étape 3 de « Validation », une fenêtre contextuelle lui demande de **créer le patient**. Etape connue de Bimedoc, mais le professionnel ne comprend pas pourquoi il devrait créer un dossier en plus du patient qu'on a créé pour lui, qui plus est peur d'écraser la saisie déjà faite.

Du coup le médecin n'est pas allé plus loin dans la démarche ... aux portes de la RCP (!).

Est-ce que BIMEDOC pourrait revoir et simplifier le processus, qui n'est pas aussi bref que dans le tutoriel affiché (<https://wiki.bimedoc.com/fr/article/medecin-traitant-officine-prendre-connaissance-des-recommandations-et-echanger-sur-elles-ci-fcszs2/>) ?

On renouvelle notre demande que le médecin soit directement amené dans la RCP via un lien direct à défaut dans l'onglet Optimedoc du dossier patient.

- **20/06/2023 (CH Pont-Audemer) :**

- lorsque la préparatrice envoie une demande d'ordonnance à une pharmacie de ville, le nom de l'expéditeur n'est pas enregistré, il est nécessaire de rechercher l'expéditeur dans la liste nationale, ce qui implique de connaître les éléments, >>un système de réponse à l'expéditeur faciliterait la communication
- il se trouve que l'expéditeur était une préparatrice, dont le nom ne figure pas dans la liste de messagerie sécurisée... il faut retrouver le nom du pharmacien, de la pharmacie...avant de trouver l'adresse mail, >> le préparateur peut-il avoir une adresse mail? sécurisée?
- comment inclure un patient dans le processus, sachant que les médecins ne répondent pas aux mails qui leur sont adressés? pour le moment nous travaillons sur le module de conciliation et non sur "optimedoc«
- on ne sait pas si les mails sont reçus, >> peut-on avoir un accusé réception des mails?
- un dernier test avec entre préparateur H et pharmacien de ville non titulaire : pas de pi-ce jointe retrouvée malgré l'envoi?
- la préparatrice Manon Billy, a la boîte mail marquée "1 mail non lu" mais n' y a pas accès

**omedit**  
Normandie

Observatoire du médicament,  
des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Accueil / Boîte à outils / OPTIMEDOC (projet régional) / OPTIMEDOC

### Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée (OPTIMEDOC)»

**Votre style est à jour et votre traitement ?**

Ma vie évolue, mon traitement aussi !

**Lancement d'un nouvel appel à candidature** proposé par le Comité régional OMÉDIT.

Cet accompagnement régional souhaite promouvoir les approches consistant en la mise en place d'un dispositif de prise en charge interdisciplinaire et pluriprofessionnelle de la personne âgée autour d'une collaboration ville-hôpital s'inscrivant dans le parcours patient. Le projet repose sur un dispositif d'appui hospitalier, composé d'un médecin avec une compétence gériatrique et d'un pharmacien qui est dédié à l'optimisation médicamenteuse.

**Réunion de lancement** du 20/04/2021 : Support d'échange avec porteurs de projet.

Dans le cadre d'une Commission régionale de choix, le logiciel de soins pharmaceutiques Bimedoc, a été choisi pour venir en appui de la coordination ville-hôpital de ce projet.

**Vous souhaitez prendre part à ce projet, inscrivez-vous gratuitement.**

- Tutoriel bimedoc
- Guide « Inscription et Connexion au service BIMEDOC »

- Kit de sensibilisation : [Kit de sensibilisation \(omedit-normandie.fr\)](https://www.omedit-normandie.fr)

→ campagne réseaux sociaux en mai via le compte LinkedIn OMÉDIT

→ n'hésitez pas à solliciter votre service « communication » pour mener des actions de sensibilisation sur vos territoires

- 841 visites sur la page optimedoc (depuis mai 2022)

