

Expérimentation de la revue médicamenteuse pluridisciplinaire à l'Hôpital Européen : ciblage du patient âgé de plus de 75 ans

Nagham Al Wazzan

Pharmacien assistant spécialiste
CHU Nice

Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

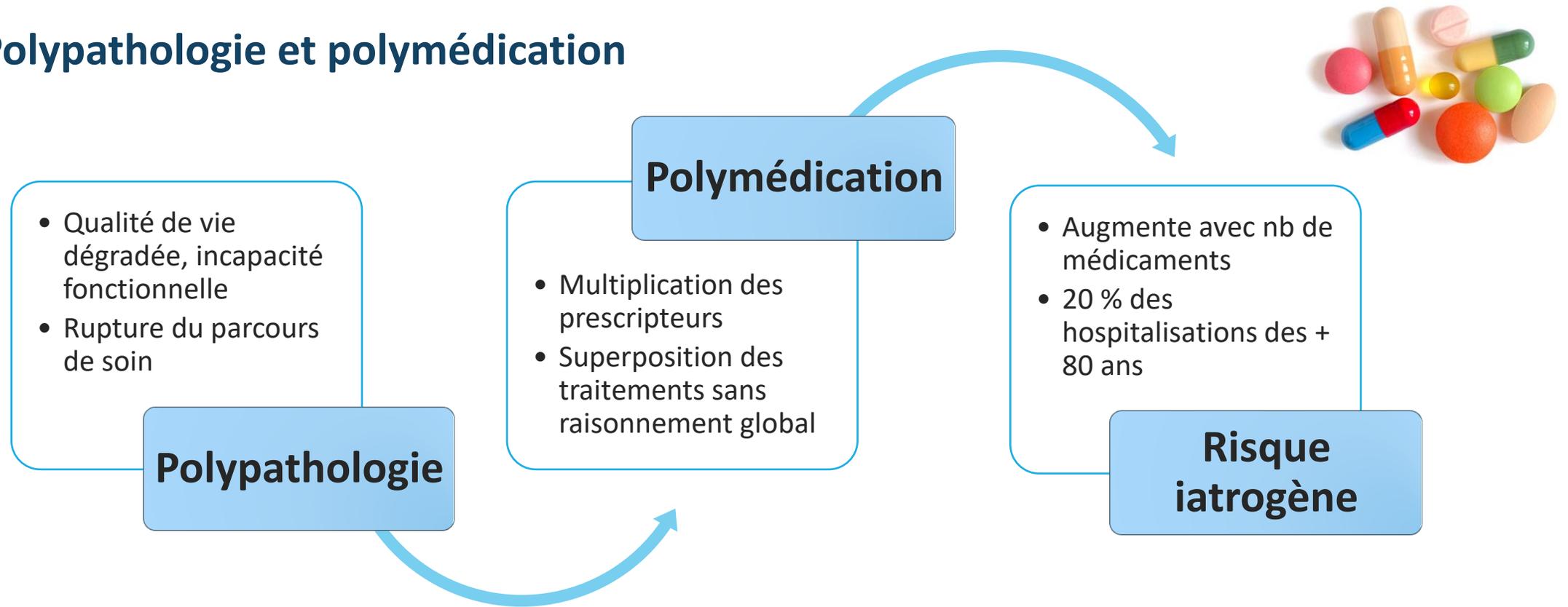
1. Vieillesse de la population

- Allongement de l'espérance de vie et baisse de la fécondité
- Population en France en 2016 : 19 % : > 65 ans
- Projections INSEE 2070 : + de 75 ans X 2
- Qualité de ce vieillissement et prise en charge de la dépendance ?

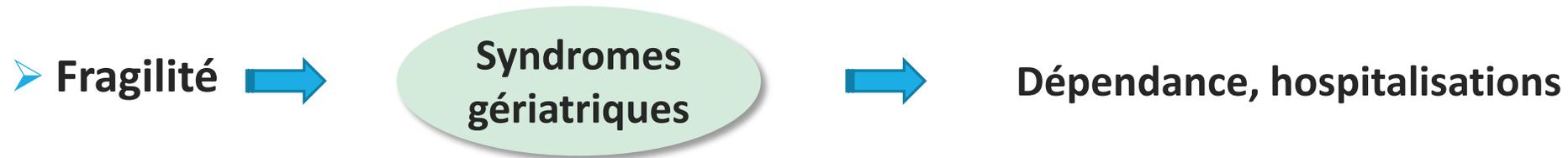


Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

2. Polypathologie et polymédication



Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie



Dénutrition, déshydratation,
troubles de la marche,
dépression...

**Lien iatrogénie
médicamenteuse**

➤ **Chute :**

- 50 % des > 80 ans tombent au moins 1 X/ an
- Mécanisme polyfactoriel
- Lien médicament/chute : psychotropes ++

Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

3. Outils de maîtrise du risque

L'optimisation thérapeutique chez la PA

Liste de Laroche

Liste de MPI chez > 75 ans

- ✓ Rapport bénéfice/risque défavorable
- ✓ Efficacité discutable
- ✓ Balance défavorable **et** efficacité discutable



Outil STOPP and START

Critères STOPP

Interactions médic/médic
Comorbidités/médic

Critères START

Omissions de prescriptions appropriées

2 principaux outils de prescription en France :

- ➡ En fonction des situations cliniques
- ➡ Proposent des alternatives thérapeutiques

Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

Rôle du pharmacien hospitalier

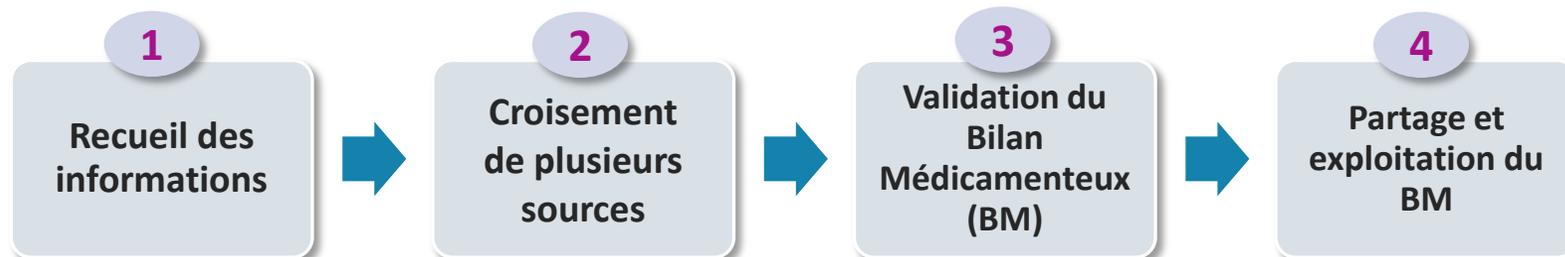


- Sécurisation, pertinence et efficience du recours aux produits de santé
- Pharmacie clinique : une des missions principales de la PUI (Ordonnance du 15 déc 2016)
- Ordonnance + CAQES incitent l'activité de conciliation des traitements médicamenteux

Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

La Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) :

- **Objectif ?** Prévenir et intercepter les EM aux points de transition
- **Par qui ?** Processus interactif et pluriprofessionnel
- **Comment ?** Recueil de données dynamique et analyse continue



Conciliation d'entrée
proactive ou
rétroactive



Revue
médicamenteuse



Conciliation de sortie

Le risque iatrogénique médicamenteux en gériatrie

Exploitation du BM par une Revue Médicamenteuse (RM) :

- Concomitant à la CTM
- But : **optimisation thérapeutique** grâce au BM
- Consensus avec le patient
- En fonction de :
 - ✓ Ses souhaits
 - ✓ Ses comorbidités
 - ✓ La détection de **M**édicament **P**otentiellement **I**nappropriés : **MPI**



Mise en place du projet à l'Hôpital Européen

CTM des patients âgés de **+ de 75 ans**
avec au moins **1 MPI liste de Laroche**



Revue médicamenteuse de leur traitement chronique



Collaboration EMG + pharmacien et avis médecin traitant

Méthodologie

➤ **Etape 1 : Choix des patients :**

- ✓ Requête informatique journalière LAP
- ✓ Patients de + de 75 ans **MPI Laroche** et **scores de risque de chute ↗**
- ✓ Staff pluridisciplinaire hebdomadaire
- ✓ Critères d'exclusions (soins palliatifs, sortants, antiarythmiques)

➤ **Etape 2 : Conciliation des Traitements Médicamenteux :**

- ✓ Réalisation BM
- ✓ Comparaison à la prescription hospitalière en cours

Méthodologie

Evaluation à priori du risque de chute chez la personne hospitalisée à l'Hôpital Européen

	Points
Antécédents de chute (chute dans l'année ou répétées ou grave à l'origine de fractures, blessure grave, hospitalisation, temps prolongé au sol)	2
Troubles de l'équilibre et/ou de la marche	2
Besoin d'assistance pour l'hygiène et l'habillage	1
Problèmes au niveau des pieds et/ou du chaussage	1
Troubles cognitifs, désorientation, troubles du comportement, agitation	2
Troubles de la vue, port de lunettes	1
Problèmes invalidants, asthénie, prothèses orthopédiques, diabète, hypotension artérielles	1
Sédatifs, antalgiques majeurs, neuroleptiques	2
Post anesthésie	2
Facteurs environnementaux (tubulures, pieds à perfusion...)	1
Score total	/15

1 à 3 : risque modéré
4 à 8 : risque élevé
9 à 15 : risque majeur

Méthodologie

➤ **Etape 3 : Revue médicamenteuse**

- ✓ Entretien patient avec EMG + pharmacien
 - Adhésion du patient
 - Accord du médecin traitant
 - Réactualisation prescription hospitalière

➤ **Etape 4 : Courrier de liaison** : BM + modifications apportées et **envoi au MT**

➤ **Etape 5 : Suivi à 3 mois des modifications** : contact patient

Résultats sur 6 mois

Données d'hospitalisation :

- Age moyen : 82,9 ans 67% femmes
- DMS : 9 jours
- **57 % score de risque de chute** élevé à sévère



Intervention
à **J + 3,2**

CTM

30 patients
3 sources en moy croisées



Données sur la RM :

29 patients
100 % adhésion patient ou entourage
100 % accord 22 MT, 1 neuro, 1 psy

Résultats sur 6 mois

Données sur le traitement habituel :

- **7** médicaments en moyenne sur le **BM**
- **90 %** de patients polymédiqués (5 médicaments et +)
- **47 %** des patients ne géraient pas eux même leur traitement

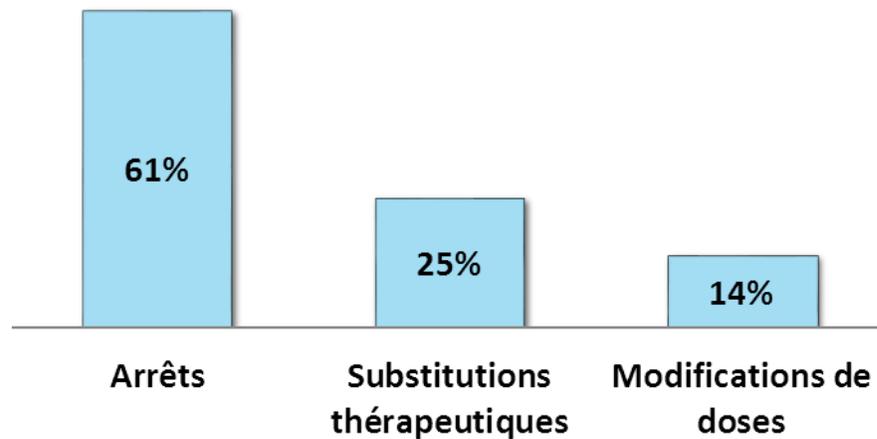
Temps pharmacien estimé :

En moyenne **2 h 41 / patient**

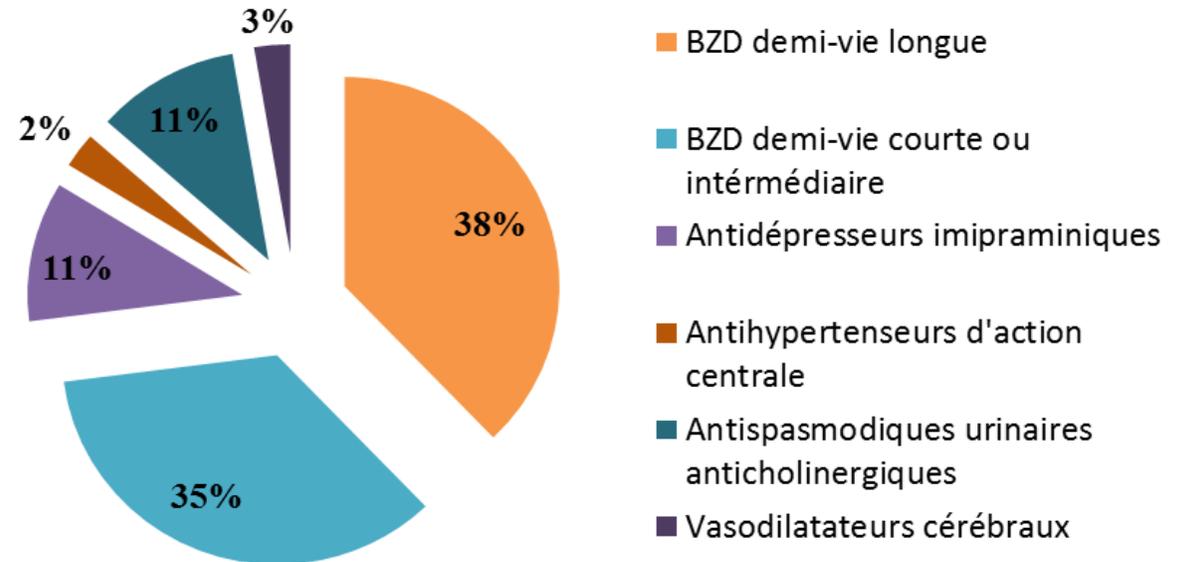
Résultats sur 6 mois

Changements thérapeutiques initiés à l'hôpital :

- 44 modifications du traitement chronique
- 88 % critères **MPI** de Laroche
- Types de changements



Répartition **MPI** Liste de Laroche



Résultats sur 6 mois

Changements thérapeutiques initiés à l'hôpital :

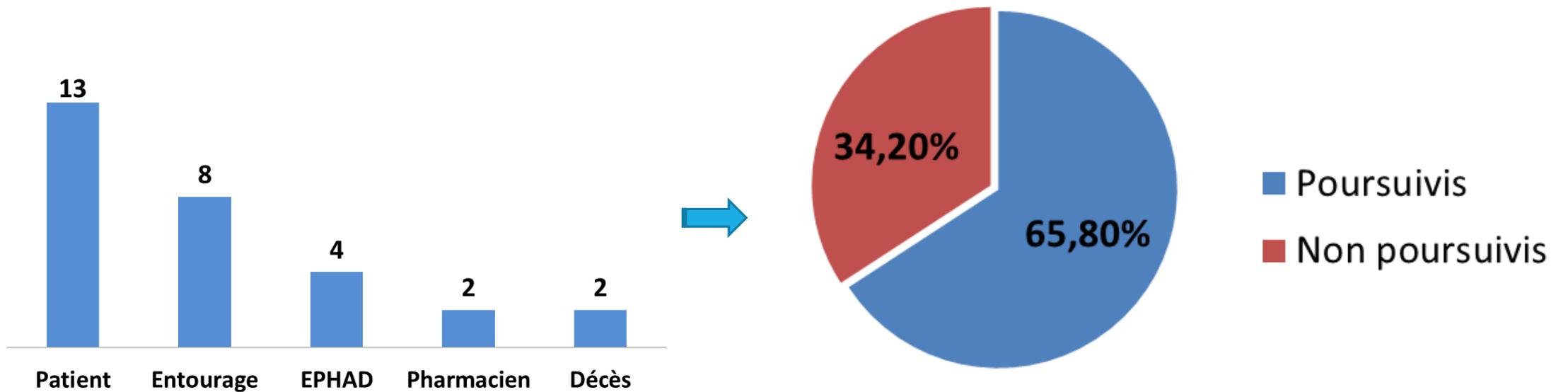
- **10** classes thérapeutiques impliquées
- **85 % des arrêts** = M sédatifs, confusiogènes, hypoT
- **62 %** de BZD et **18 %** anticholinergiques
- **50 %** = Score risque de chute élevé à majeur + M sédatifs et/ou confusiogènes

Résultats sur 6 mois

Suivi des modifications hospitalières en ville à 3 mois :

➤ Appel **3 mois** après la sortie d'hospitalisation

➤ **Résultats :**



Résultats sur 6 mois

- Sélection en amont population à risque iatrogénique
- Population âgée, polymédiquée, score de risque de chute ↗
- Action sur M à risque de chute, 88 % recommandations Laroche
- Suivi à 3 mois : taux 34,2% = autres études entre 20 et 50 %
- Avis MT avant modification du ttt chronique = démarche originale

Faisabilité et perspectives

- 100 % adhésion patients/professionnels de ville aux changements
- Antiarythmiques
- Délai d'intervention
- DMS

Conclusion

- Passage à l'hôpital = occasion d'intercepter MPI
- BM base essentielle et solide qui sécurise la RM
- Adhésions du patient + MT primordiales et incontournables
- **MAIS** complexe et chronophage :
 - ✓ Optimisation temps pharmacien et outils/supports de communication
 - ✓ Arrivée du **DMP + e-prescription** en 2019 = amélioration lien Ville - Hôpital ?

Merci pour votre attention

