

Pharmacien d'officine, nos nouvelles missions dans le parcours patient

Mission 1 - Repérer et orienter :

Repérage des fragilités ou des risques chez le patient



Centre de Congrès Prouvé
NANCY

Jeudi 20 septembre 2018

Repérer

- QQOQCCP

Contexte

Objectifs

Méthodes

Résultats

Discussions / Perspectives

Repérer

QQOQCCP « Qui? Quoi? Où? Quand? Comment? Combien? Pourquoi? »

Qui ? Les pharmaciens, les préparateurs (Questions des opérateurs externes mis à dispo par les groupements ...)

Quoi ? Identifier les patients présentant un PLP pour le solutionner en lien avec le prescripteur voire permettre au patient de « profiter » au maximum de sa pharmacothérapie

Où ? Au comptoir voire dans l'espace de confidentialité

Quand ? De façon conventionnelle, mensuellement ou trimestriellement
Annuellement (?), si + de 65 ans polypathologique ou + de 75 ans
→ mesure de l'impact clinique

Comment ? A l'aide d'outils / échelles / tests

A l'aide d'un bilan normé permettant de garantir une qualité de prestation à tous (?)

→ Attention au nombre de questions, nous servons-nous de tout ça, savons-nous nous en servir ?

→ liberté du pharmacien clinicien dans l'administration de son bilan
Zoom sur un pb de santé doit être possible (insomnie, HTA/Hto, ...)

Combien ? (Environ 30 % de) 200 patients par officine

Pourquoi ? Pour participer davantage à la prise en soins de nos patients

Repérer

Comment ? A l'aide d'outils / échelles / tests

A retenir

- Il existe de nombreux outils / échelles / tests
- Ils appartiennent à ceux qui s'en servent !

Utiliser – prioritairement – ceux qui sont :

- Informatifs , Utiles
- Valides (Exacts càd Sensibles , Spécifiques)
- Acceptables
- Bon marché
- Faciles à mettre en œuvre



Etudes EGO 1 et 2

Evaluations Gériatriques à l'Officine

Bilan de médication

dédié à la personne âgée fragile



CENTRE HOSPITALIER
CHAUMONT-EN-VEXIN



Mounir RHALIMI

m.rhalimi@ch-chaumontenvexin.fr



Pas de conflit d'intérêts

N°ID-RCB : 2016-A017751-46

Référence CPP : 2016/107

Comité Scientifique

M. RHALIMI, Pharmacie, Centre Hospitalier Bertinot Juel, Chaumont-en-Vexin

A. RAUSS, ARCOSA, Limeil-Brévannes

E. HOUSIEAUX , Filière officine, UFR Médecine Pharmacie, Amiens

C. DETUNCQ, Filière officine, UFR Médecine Pharmacie, Rouen

A. MULLER, Filière officine, Faculté de Pharmacie Montpellier

F. COMBY, Chimie thérapeutique et chimie organique, Faculté de Pharmacie, Limoges

C. WEHRLÉ, Professeur pharmacie pratique, Faculté de Pharmacie Strasbourg

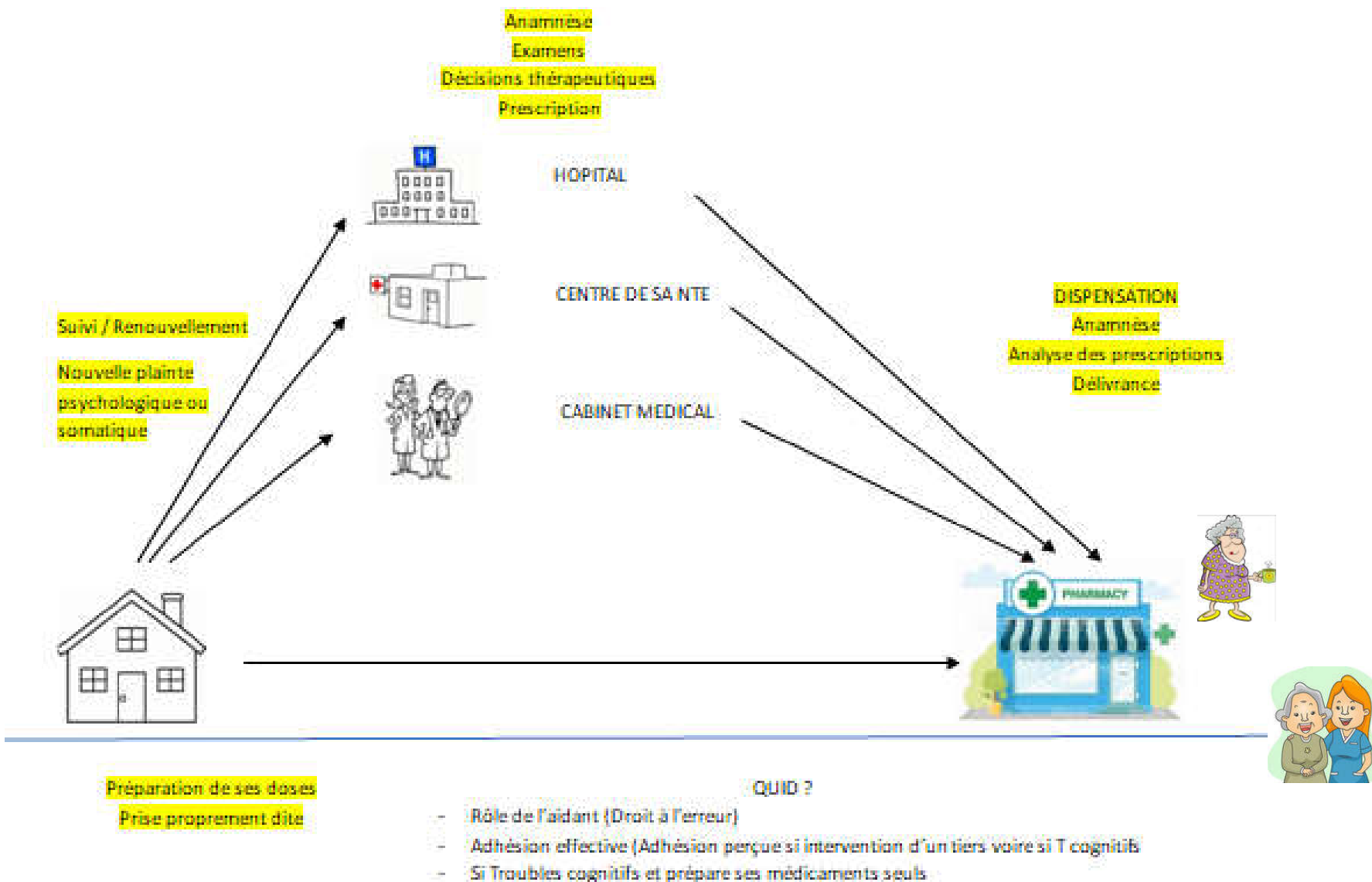
N. DAVOUST, Filière officine, Faculté de Pharmacie Rennes

J.H. VEYRON, ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)

X. CNOCKAERT, Chef du pôle Gériatrie et Gériatrie du CH Beauvais

J. PETIT, OMÉDIT, Agence régionale de santé Haut-de-France (ARS)

CONTEXTE : LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE EN VILLE



SYNDROMES GERIATRIQUES

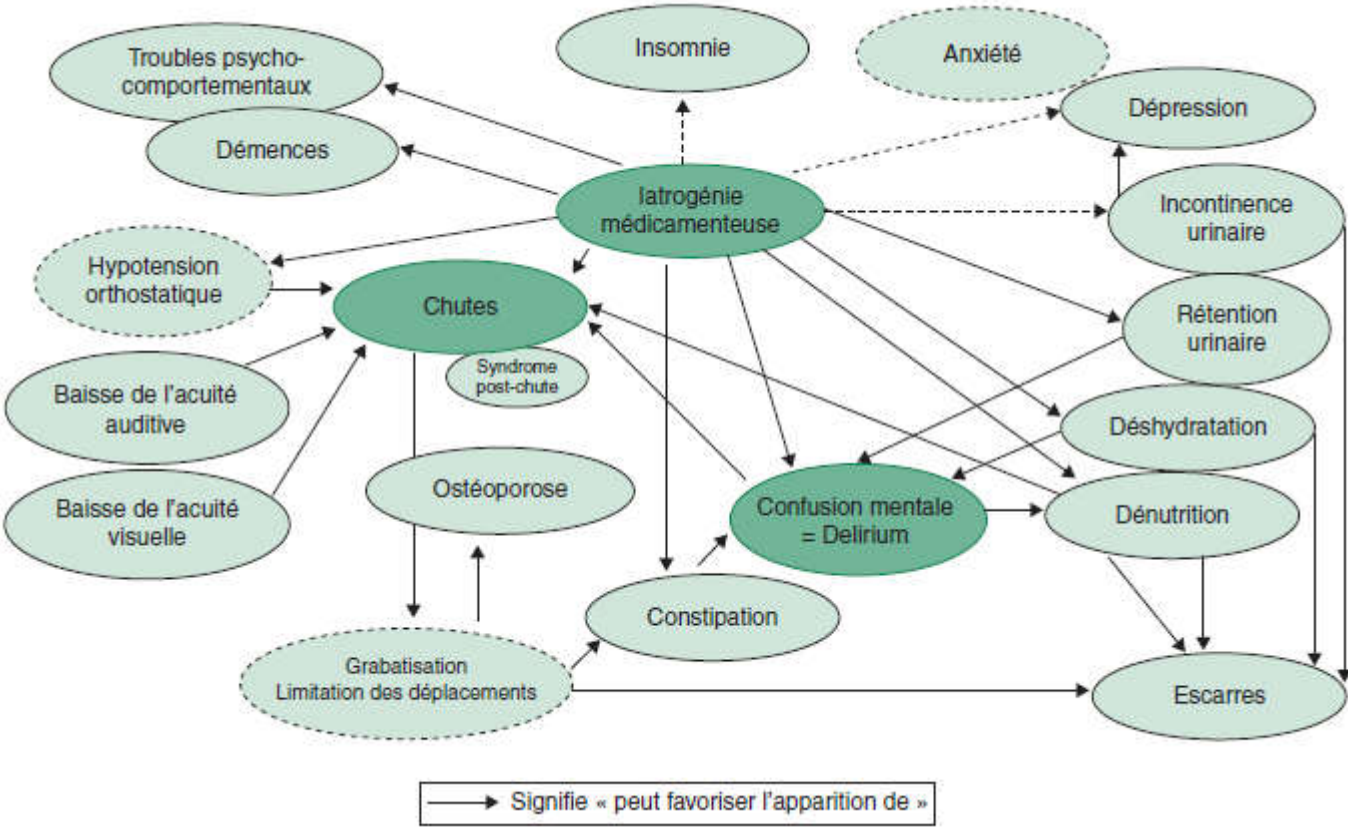
Les syndromes gériatriques (1980) : situations cliniques ne correspondant ni à une maladie distincte, ni à un symptôme médical classique, rendant leur diagnostic difficile.

Cependant, bien qu'hétérogènes, ils partagent quatre caractéristiques :

- une fréquence accrue chez les sujets âgés notamment fragiles
- une origine multiple : facteurs précipitants et favorisants.
- une conséquence entraînant fréquemment une perte d'autonomie : ils conduisent au déclin fonctionnel, à un accroissement de la morbidité et de la mortalité ;
- une prise en charge multifactorielle et pluridisciplinaire, requérant une approche holistique du patient

la fragilité est un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

SYNDROME GERIATRIQUE

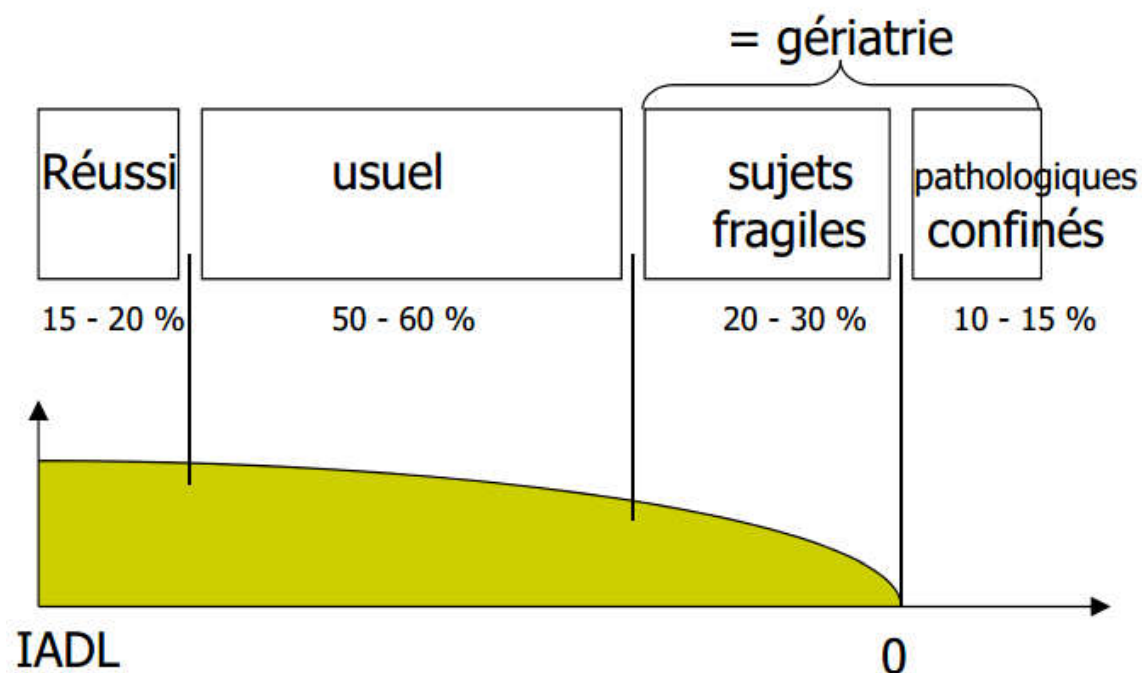


Intrication entre les syndromes gériatriques

LA FRAGILITE, UN SYNDROME GERIATRIQUE

Seniors fragiles :

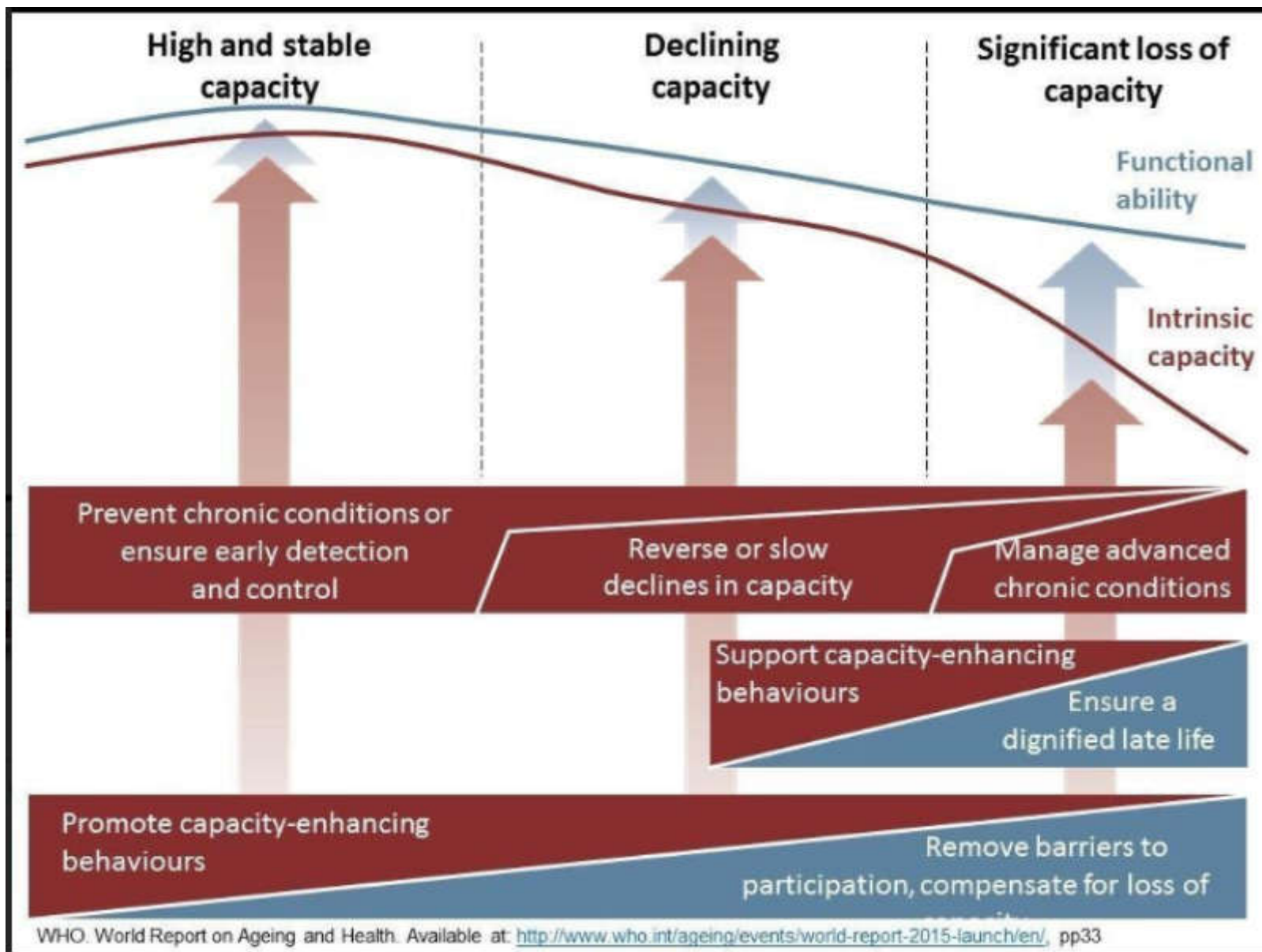
Fatigue dans les AVQ, limite son activité quotidienne / Plainte sur la mémoire /
Perte de poids non intentionnelle / Isolement social (10 % des + de 65 ans)



(Pr. Jeandel)

Identifier les patients fragiles → Définir des actions préventives et curatives¹ =
rédiger un Plan Personnalisé de Soins

¹ Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. Age Ageing. 2017;46(3):383–92.



Objectifs Etude EGO 1 (printemps 2014)

Quels sont les caractéristiques de la population des + de 65 ans venant à l'officine ?

Quels sont les nombre et nature des Problèmes liés à la Pharmacothérapie (PLP) ?

Qui sont les patients chez qui nous détectons des PLP ?

Dans quelle proportion les IP officinales sont-elles transmises au médecin prescripteur ?

Objectifs Etude EGO 2 (printemps 2017)

Quelle est la prévalence de la Fragilité au comptoir ?

Quelle est la prévalence de la Désorientation Spatio-temporelle au comptoir ?

Quels sont les nombre et nature des Problèmes liés à la Pharmacothérapie (PLP) ?

Les pharmaciens dotés d'une boîte à outils sont-ils plus performants ?

Les officinaux transmettent-ils toutes les IP pour lesquels ils ont côté l'impact clinique majeur ?

Que pensent les patients des bilans de médication réalisés par le pharmacien ?

Que pensent les médecins des bilans de médication réalisés par le pharmacien ?



Description d'une prise en soins pharmaceutiques optimales = vers un Bilan pharmaceutique normalisé hospitalier

Recueil des données du patient

Visite au patient

Test d'Orientation Spatio-Temporelle

Conciliation médicamenteuse à l'admission

Bilan d'observance

Échanges médico pharmaceutiques
relatifs aux Problèmes liés à la Pharmacothérapie identifiés
→ *Approche multidisciplinaire*

Conciliation médicamenteuse à la sortie

Plan de sortie

Information et conseil au patient sortant

D'après l'ISO, International Organization for Standardization, la **Norme** est un :
« Document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des **usages communs et répétés**, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats **garantissant un niveau d'ordre optimal** dans un contexte donné. »

CONTINUOUS IMPROVEMENT





Description d'une prise en soins pharmaceutiques optimales
= vers un Bilan pharmaceutique normalisé officinal

Visite du patient

Recueil des données du patient

Test d'Orientation Spatio-Temporelle

Bilan d'observance

Evaluation de la Fragilité

Analyse pharmaceutique

Détection d'éventuels *Problèmes liés à la Pharmacothérapie +*
identification d'une préconisation (= IP)
Transmission éventuelle de/des IP au médecin

**Plan de Posologie +
Information et conseil au patient**

D'après l'ISO, International Organization for Standardization, la **Norme** est un :
« Document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des **usages communs et répétés**, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats **garantissant un niveau d'ordre optimal** dans un contexte donné. »

CONTINUOUS IMPROVEMENT



Description des soins pharmaceutiques optimisés à l'officine



1

Recueil des données du patient

IMC, Fonction rénale (CG, MDRD, MDRD modifiée)

Échange avec le patient (écoute ++)

2

Test de l'orientation spatio-temporelle

3

Bilan d'observance

(Test de Girerd, Rapprochement quantité prescrite/ quantité dispensée)

4

Dépistage de la Fragilité

(SEGA volet A, Score Gérontopôle de Toulouse)

Information et conseil au patient

Échanges médico pharmaceutiques

→ Approche multidisciplinaire

5

Inventaire des interventions pharmaceutiques

(Fiches d'IP selon le modèle de la SFPC)

ENCODAGE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES (IP)

Problèmes Liés à la Pharmacothérapie (PLP)

1- non-conformité aux référentiels ou contre-indication

- 1.1- non-conformité au livret
- 1.2- non-conformité aux consensus
- 1.3- contre-indication lié au terrain

2- indication non traitée

- 2.1- absence thérapeutique pour indication médicale valide
- 2.3- absence de prophylaxie ou prémédication
- 2.4- médicament synergique ou correcteur à associer

3- sous dosage

- 3.1- posologie infra thérapeutique
- 3.2- durée de traitement anormalement raccourcie

4- surdosage

- 4.1- posologie supra thérapeutique
- 4.2- même principe actif prescrit plusieurs fois

5- médicament non indiqué

- 5.1- médicament prescrit sans indication justifiée
- 5.2- médicament prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage
- 5.3- redondance pharmacologique (2 PA différents de même classe thérapeutique)
- 5.4- pharmacodépendance
- 5.5- suspicion de pharmacodépendance

6- interaction médicamenteuse

- 6.1- à prendre en compte
- 6.2- précaution d'emploi
- 6.3- association déconseillée
- 6.4- contre-indication
- 6.5- non publiée (Hors base de données)

7- effets indésirables

8- voie et/ou administration inappropriée

- 8.1- autre voie plus efficace ou moins coûteuse à efficacité équivalente
- 8.2- méthode d'administration non adéquate
- 8.3- choix de la galénique non optimal
- 8.4- libellé incomplet
- 8.5- plan de prise non optimal

9- traitement non reçu

- 9.1- incompatibilité physico-chimique entre méd. injectables
- 9.2- problème d'observance

10- monitoring à suivre

Préconisations

1- Ajout

2- Arrêt

3- Substitution / Echange

4- Choix de la voie d'administration

5- Suivi thérapeutique

6- Optimisation des modalités d'administration

7- Adaptation de la posologie

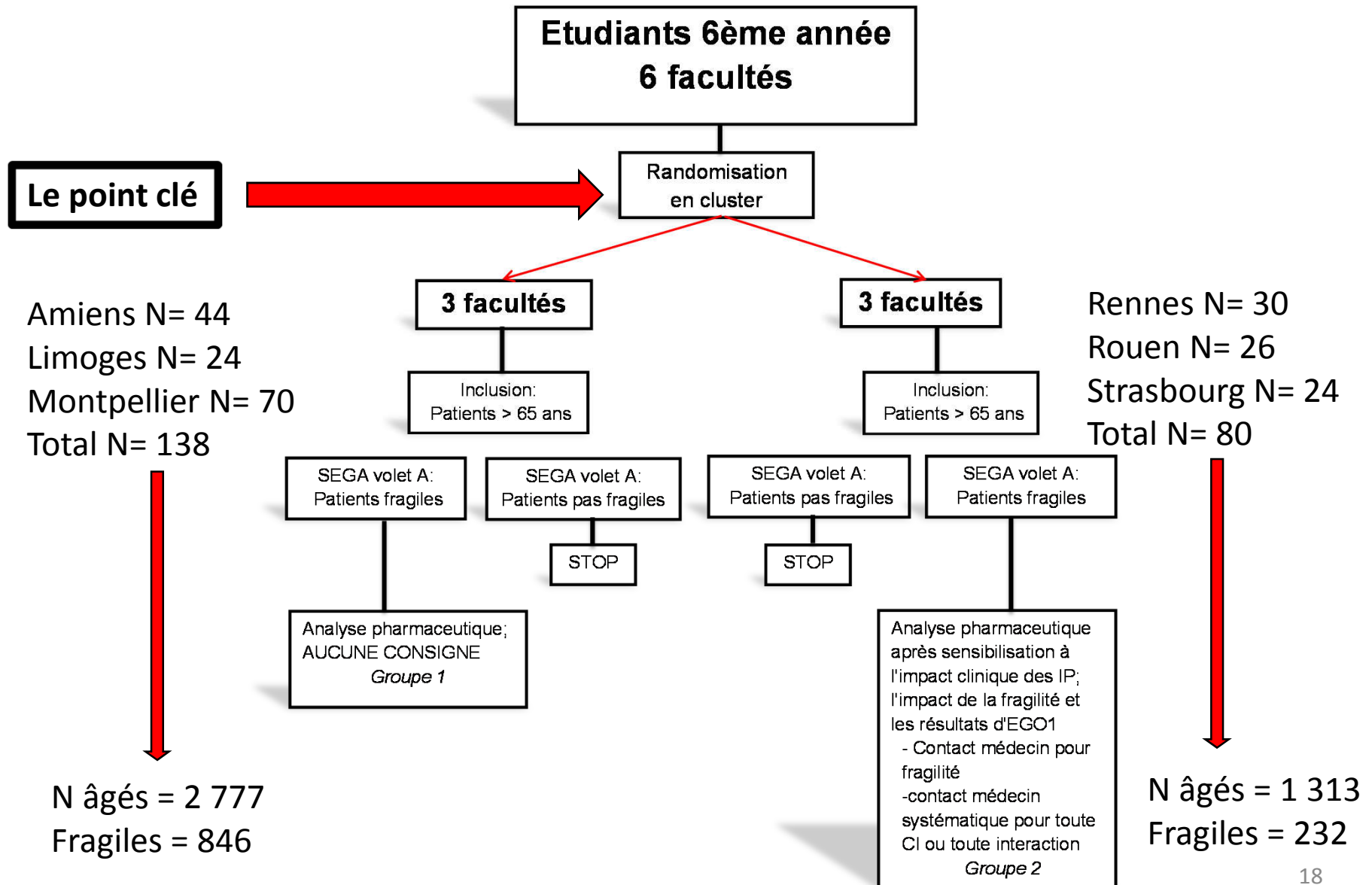
8- Autre

Remarques :

→ Acceptation par les médecins

→ Impact des IP

Allenet B, Bedouch P, Rose FX, et al. Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacist's interventions. Pharm World Sci. 2006;28:181–8.



Questionnaire de repérage de la fragilité

Grille SEGA, volet A : présentation

PROFILS GERIATRIQUES ET FACTEURS DE RISQUES				
	0	1	2	Score :
Age	74 ans	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :			 / 26
Score ≤ 8 Personne peu fragile		8 < Score ≤ 11 Personne fragile		Score > 11 Personne très fragile

Oubaya N, Dramé M, Novella JL, Quignard E, Cunin C, Jolly D, et al. Screening for frailty in community-dwelling elderly subjects: Predictive validity of the modified SEGA instrument. Arch Gerontol Geriatr. 2017;73:177–181.

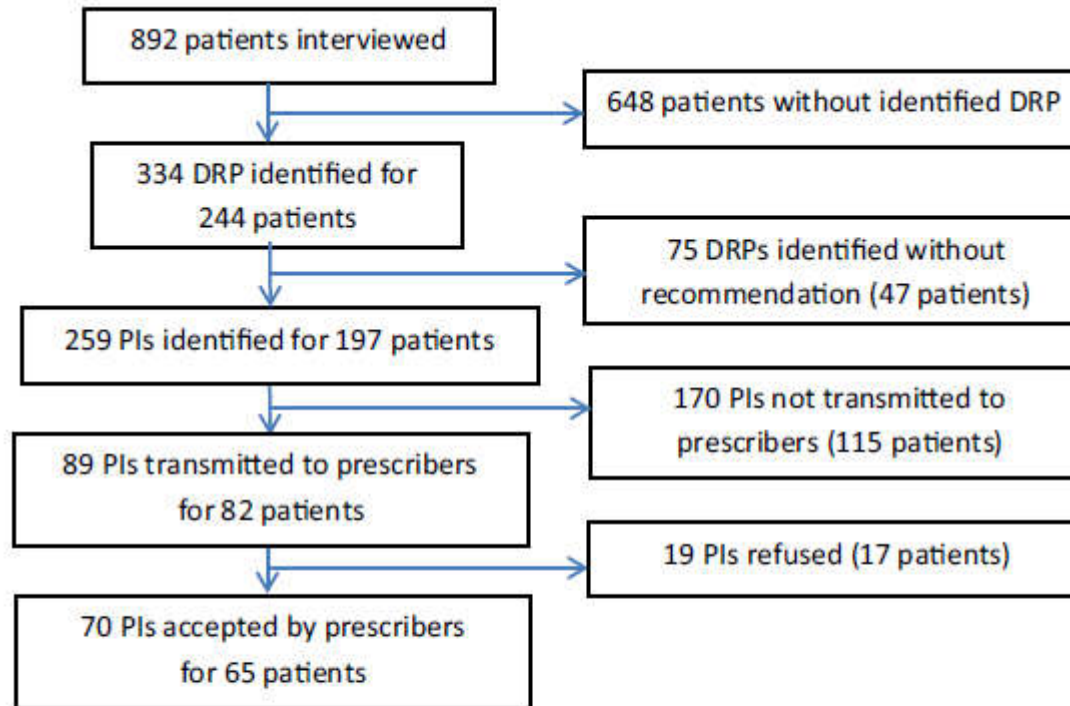


Fig. 1 Flow chart of detection of DRP and acceptance of recommendations by prescribing physician after communication of the information by the pharmacist. DRP, drug-related problems. PIs, pharmaceutical interventions

- Une évaluation gériatrique à l'officine est possible et peut/doit être normée
892 patients / 55 Officines
- Il est possible d'avoir la fonction rénale des patients (86%)
- 334 problèmes liés à la pharmacothérapie (PLP) ont essentiellement été identifiés pour 244 patients chez:
 - **des patients fragiles (13%) et très fragiles (15%)**
56 % gèrent leurs médicaments seuls
 - **Chez des patients ayant un DFG < 60 ml/mn (20%)**
 - **Chez des patients ayant un problème d'observance**
12% mauvaise observance
- 89 contacts avec le prescripteur / 70 préconisations acceptées

GROUPE « SANS » INTERVENTION

Lettre information au patient

1 Identification

2 Données Patient

3 TOST

4 ~~Girerd~~

2 777 patients

5 Médicaments

6 Fragilité

ANALYSE PHARMACEUTIQUE

7 INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

7.1 Prescripteur

7.2 PLP

7.3 Préconisation

7.4 Document à l'appui

7.5 Impact estimé

7.6 Transmission

7.7 Acceptation

7.8 Médicament(s) concerné(s)

11 IMPACT DE L'ENTRETIEN

4090 patients

1078 fragiles

846 patients

GROUPE INTERVENTION

Lettre information au patient

1 Identification

2 Données Patient

3 TOST

4 ~~Girerd~~

1313 patients

5 Médicaments

6 Fragilité

Courrier au médecin

Prise de RV avec le patient

ANALYSE PHARMACEUTIQUE

7 INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

7.1 Prescripteur

7.2 PLP

7.3 Préconisation

7.4 Document à l'appui

7.5 Impact estimé

7.6 Transmission

7.7 Acceptation

7.8 Médicament(s) concerné(s)

11 IMPACT DE L'ENTRETIEN

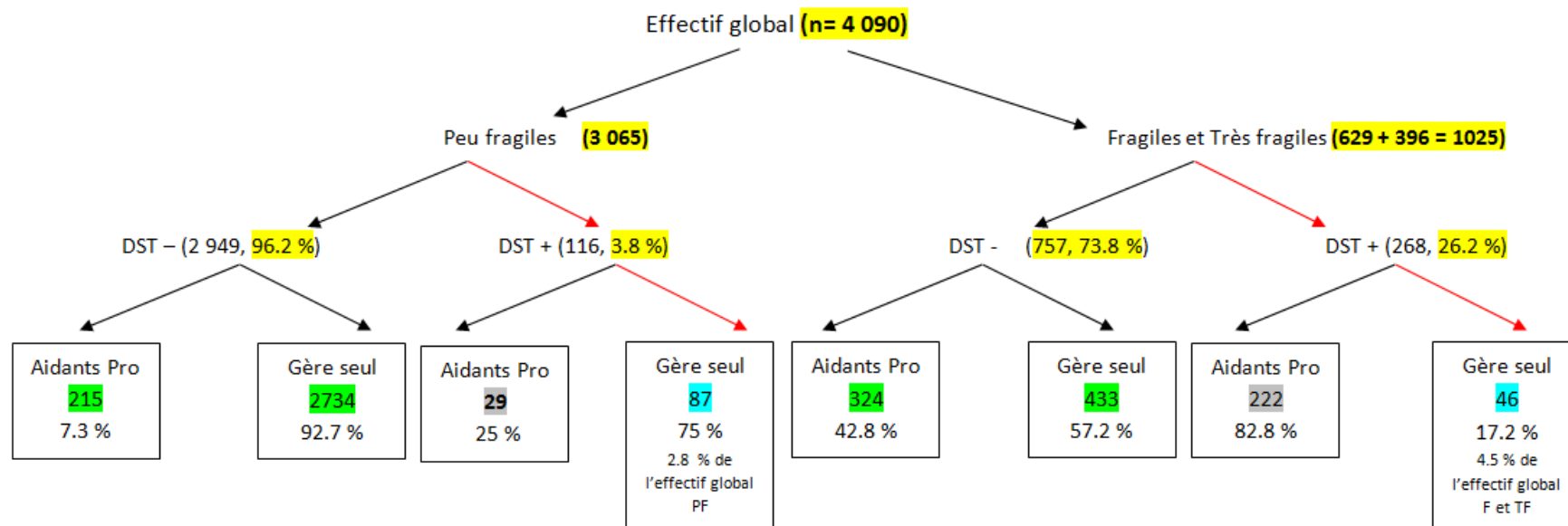
232 patients

Appel au médecin 1 mois après

Schéma : Répartition de la population selon la Fragilité (corrigée) /

la Désorientation/

et l'intervenant qui Gère les médicaments à domicile



Pas de problème (a priori) / sous contrôle (via l'intervention d'un tiers) / problème potentiel

Autres caractéristiques de la population étudiée

		Population		Personnes peu fragiles Score ≤ 8		Personnes fragiles ou très fragiles Score > 9/26	
Effectif		4 090	100	3065	100	1 025	100
Qui vient retirer les médicaments à la pharmacie (2 NR)	Patient seul	3 187	77,9	2 705	88,3	482	47,0
	Patient accompagné d'un aidant	330	8,1	154	5,0	176	17,2
	Un aidant ou un professionnel de santé	569	13,9	204	6,7	365	35,6
Qui gère les médicaments	Patient seul	3 300	80,7	2 821	92,0	479	46,7
	Un aidant	449	11,0	197	6,4	252	24,6
	Un professionnel de santé	339	8,3	47	1,5	292	28,5
Ecrase	Non	3 938	96,3	2 985	97,4	953	93,0
	Ne sait pas	67	1,6	31	1,0	36	3,5
	Oui	85	2,1	49	1,6	36	3,5
Démence traitée (en cours ou par le passé)	Non	3 953	96,7	3 031	98,9	922	90,0
	Oui par le passé	16	0,4	5	0,2	11	1,1
	Oui en cours	121	3,0	29	0,9	92	9,0
Sexe	Femme	2 459	60,1	1 765	57,6	694	67,7
	Homme	1 631	39,9	1 300	42,4	331	32,3
Milieu de vie	Rural	1 039	25,4	767	25,0	272	26,5
	Urbain	3 051	74,6	2 298	75,0	753	73,5
Nombre moyen de médicaments/jour [limites]		5.43		4.72		7.54	
		1-35		1-27		1-35	
Age (calculé)	Moyenne	77.5		75.84		82.44	
	Femme	65-104		76.11		82.82	
	Homme	78.0		75.47		81.66	24

Patients fragiles avec au moins 1 IP	
Groupe non intervention	255/846 (30 %)
Groupe intervention	76/232 (33 %)
Total p=0,61 <i>Analyse cluster</i>	331/1078 (30,7%)

	IP non transmises	IP transmises	Total
Groupe non intervention	205	50	255
Groupe intervention	55	19	74
	260	69	329

55/69 IP transmises ont été acceptées par le prescripteur

Seules 16 des 44 IP d'impact majeur ou moyen ont été transmises

Sur un échantillon de 332 IP :

- 89 correspondent à des Interactions Médicamenteuses
- 49 des médicaments non indiqués (redondances, pharmacodépendances, ...)
- 42 des non conformités (aux consensus, au terrain)
- 34 des voies et/ou administrations inappropriées
- 33 des surdosages
- 30 effets indésirables
- 43 autres

Le vécu des patients

Difficultés pour réaliser l'entretien : Non 89 % (2262/2535)

89 % peu ou très peu inquiets par rapport aux questions posées

80 % ont répondu sans difficulté aux questions posées

82 % (798/975) patients fragiles ont apprécié ou très apprécié l'entretien
84 % (1289/1536) non fragiles

Le vécu des médecins

44 (51%) sur les 87 qui ont reçu le courrier et qui acceptent de/peuvent répondre trouvent l'information utile (impact sur parcours de soins)

Le vécu des officinaux

Fonctionnement Officine modifié (Modifié + très modifié versus pas et peu modifié)
26 % oui (258/989) pour les fragiles
15 % oui (240/1543) pour les non fragiles

Disposiez-vous de tous les éléments : Oui 60 % (1507/2513)



IP Interventions pharmaceutiques

1 PLP détecté tous les 3 patients / 1 PLP transmis tous les 10 patients

= Transmission interprofessionnelle à développer +++

Nombre et nature des IP varient selon les données clinico-biologiques accessibles et consultées

Formation des pharmaciens à identifier des PLP (Outils)

Déduction, Croisement des données patients + utilisation de leurs connaissances

Rémunération des IP = levier d'amélioration des pratiques ++

- Acceptation de la proposition de modif' par le médecin signe la pertinence
- Impact clinique à documenter ++
- Never events de ville

IP critiques (Grave, fréquentes, difficilement détectables)

ex : Metformine 1 g x 3 avec DFG = 30 mL/min



Dépistage et orientation des patients DST + (désorientés)

Répartition des doses à administrer à l'officine à envisager pour les DST+ qui gèrent seuls



Dépistage et orientation des patients pré-fragiles

Enjeu de santé publique = PPS pour retour vers la robustesse



Recherche active des effets indésirables

Suivi requis en appui du médecin à l'ajout ou lors de la modification d'une thérapeutique
ex : HTO si ajout antihypertenseur



Recherche active des patients inobservants

Le savoir = éviter des accidents

1° question : si inobservant peut-on donner moins de 6 médicaments ?
Réflexion sur la galénique, les mélanges fixes, la déprescription, la priorisation

Remise d'un plan de posologie systématique si nombre médicaments > 5 (...)



Interventions « protocolées » médico-pharmaceutiques

Sevrage Benzodiazépines et apparentés (Z-hypnotiques)

Suivi ambulatoire de la Tension Artérielle (règle 3 x 3 x 3 SFHTA)

= **Recherche clinique +++**



Chaque professionnel de santé peut amender le Plan Personnalisé de Soins (y compris le pharmacien)

Nos activités peuvent se superposer, il faut l'accepter si nous voulons dégager de nouvelles synergies

Ex : Pharmacien / Kiné-Ergo-Psychomot / Prévention chutes

Pharmacien / IDE / Optimisation galénique

Pharmacien / Diététicien / Dénutrition

The sky 's the limit



Merci pour votre écoute

