

Parcours de soins

Pour une prise en charge adaptée des patients



Généralités



Parcours de soins : Définition

«...C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements... »

Ministère de la santé

Parcours : Définition

- Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.
- Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.
- Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Parcours : Définition

parcours de soins : soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée USLD et EHPAD;

parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;

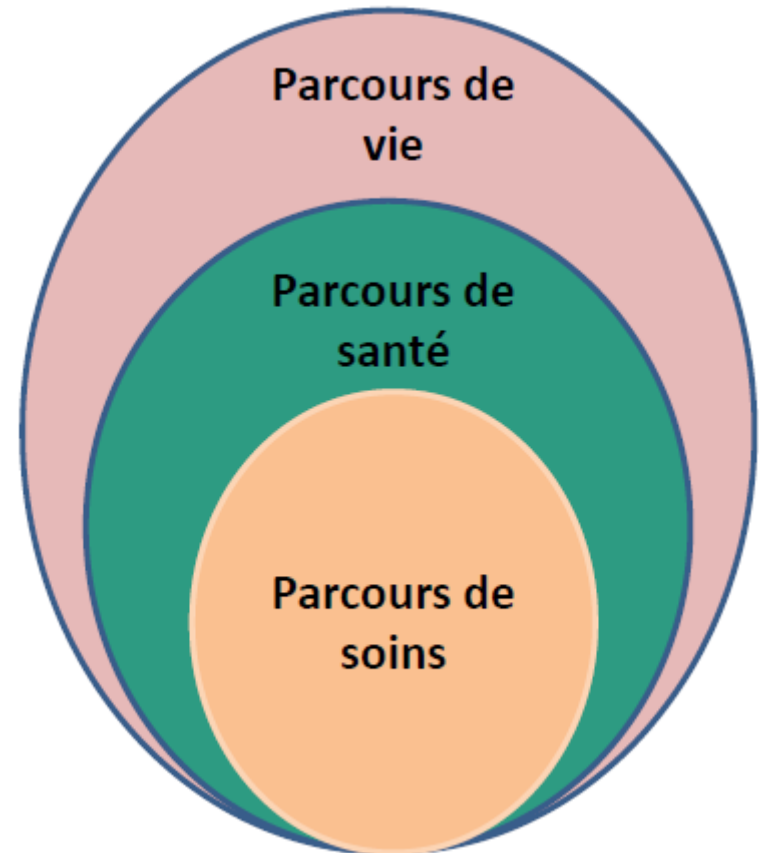
parcours de vie : parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Parcours : Définition

parcours de soins : soins de premiers recours (urgences), hospitalisation à domicile, soins Unité de soins de longue durée USLD et EHPAD

parcours de santé : parcours de soins articulant soins médicaux, soins infirmiers, soins sociaux, soins de soins de santé publique et en aval, avec l'accompagnement social, le maintien et le retour à domicile ;

parcours de vie : parcours de la personne incluant la scolarisation, prévention de la désinsertion, logement...



Parcours de soins : Enjeux

Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours **lisibles, accessibles, complets et de qualité**, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins ;

Répondre à une recherche d'**équité** et d'**égalité d'accès** à la santé ;

Satisfaire la demande des **patients** et de leur **entourage** en **adaptant les soins et services** aux besoins de la population ;

Fluidifier les prises en charge par différents leviers ;

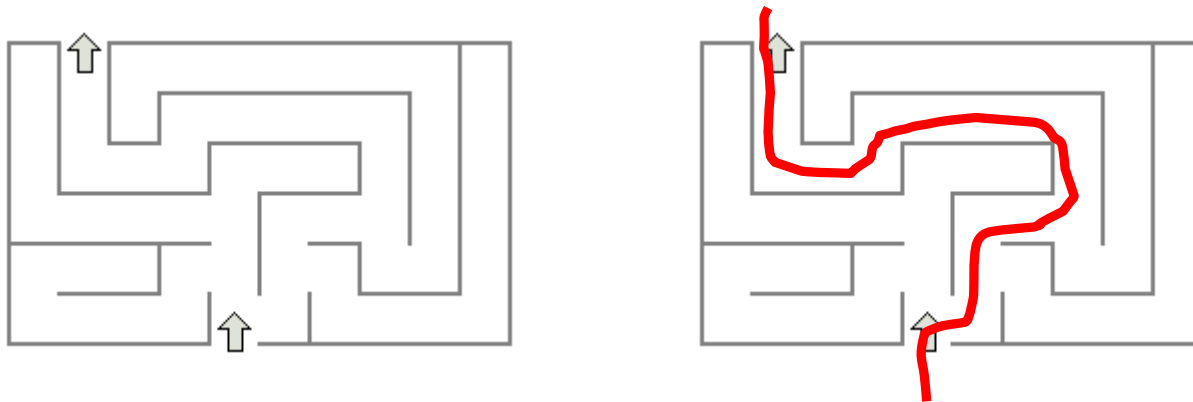
Rationaliser et améliorer l'**efficience** de l'ensemble de l'offre de soins et de santé.

Parcours de soins : Définition

=> juste enchainement des soins (consultations, examens, traitements...)

- Prise en charge transversale des patients (ville ↔ hôpital)
- Multiples intervenants: médecins, infirmiers, pharmaciens...
- Prise en charge sanitaire et sociales des patients

Optimisation des parcours de soins → structuration des systèmes de santé

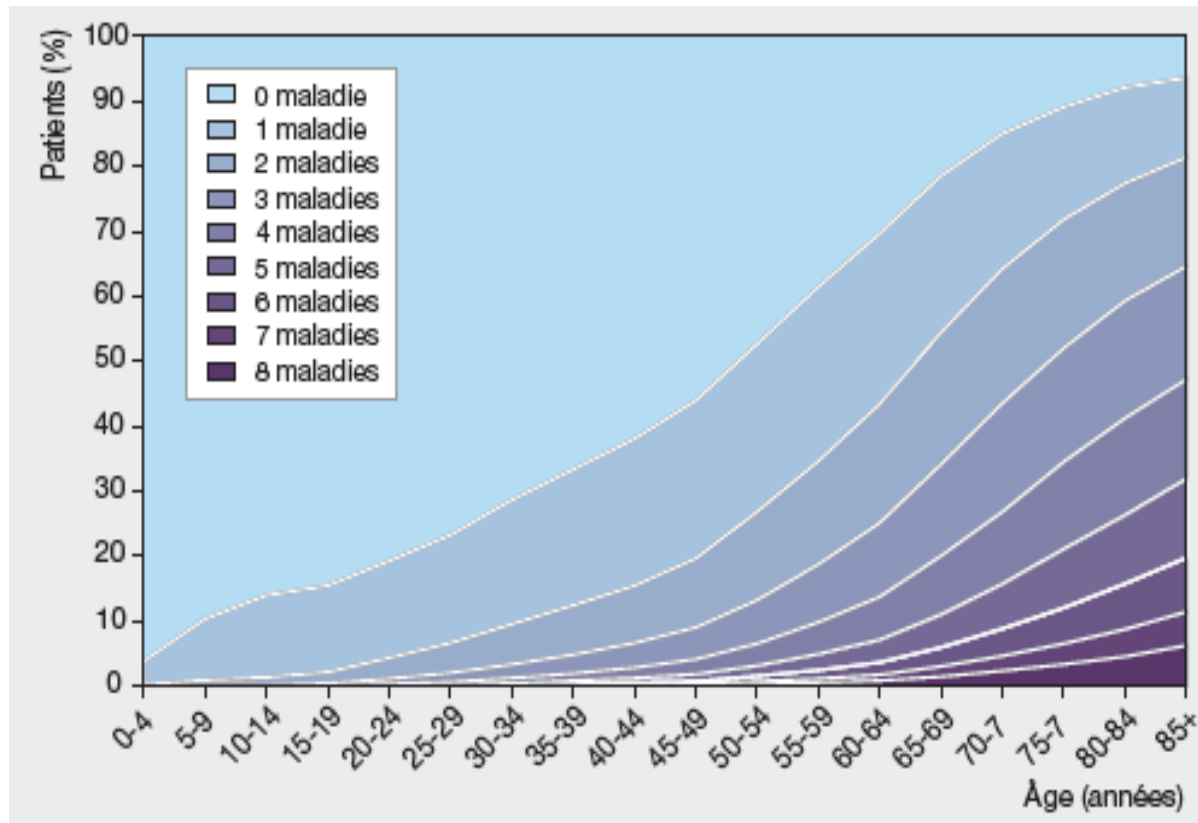


Parcours de soins: rationnel et finalité

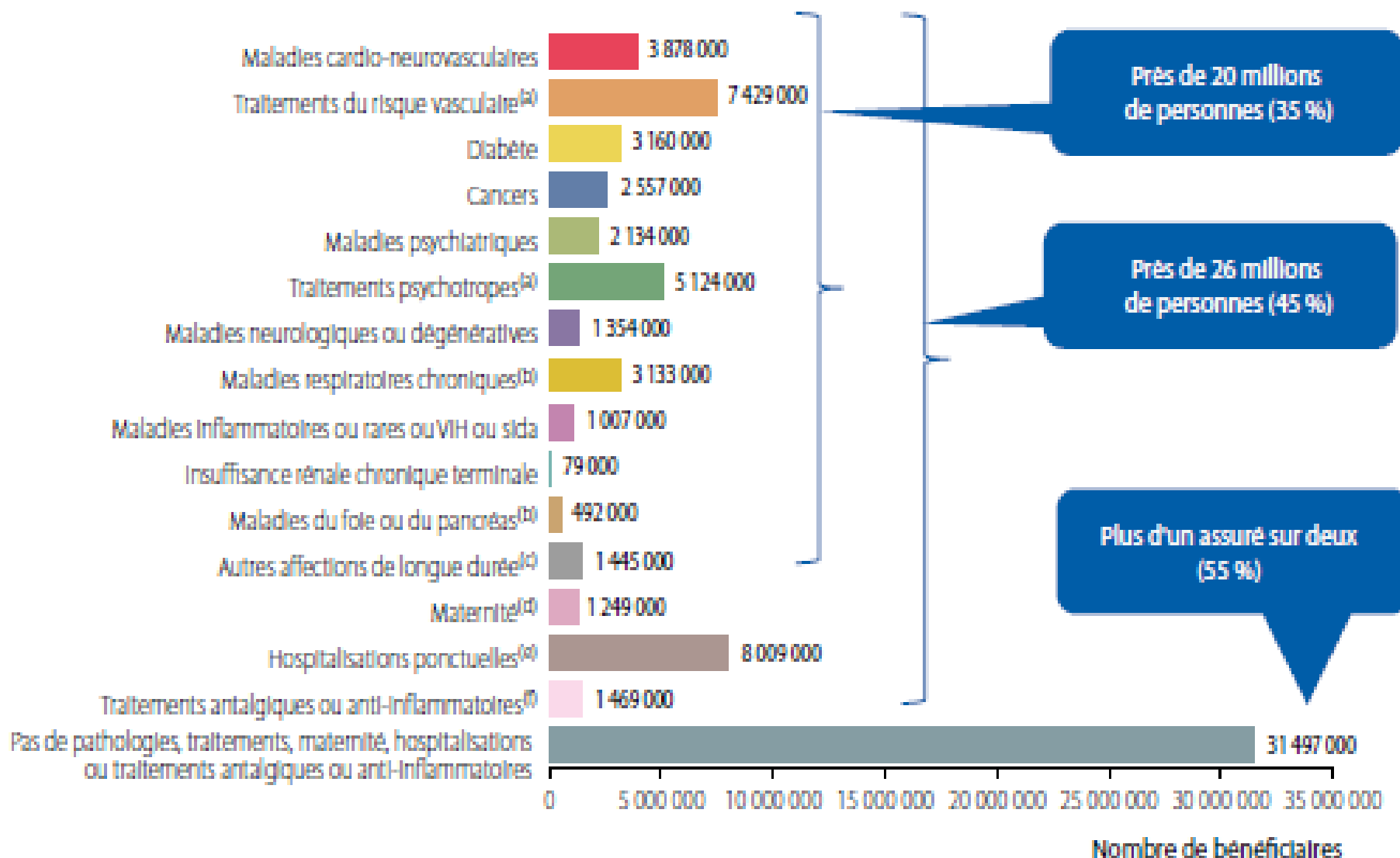
- I) Un système de santé complexe avec plusieurs intervenants:
 - médecins généralistes - ville
 - médecins spécialistes - ville
 - médecins hospitaliers
 -
- II) De plus en plus de patients atteints de pathologies chroniques et polymédiqués
- III) Des dépenses de santé en augmentation

Parcours de soins: rationnel et finalité

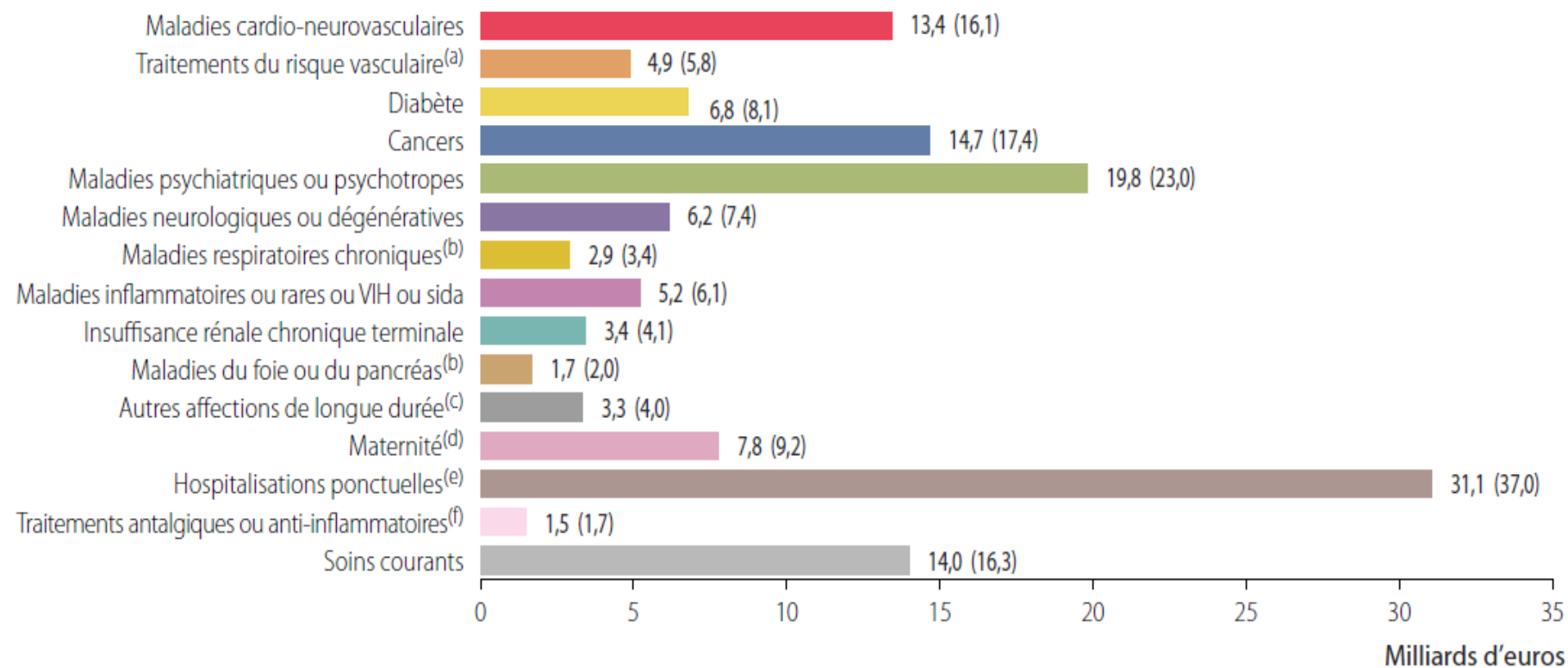
Maladies Chroniques en France



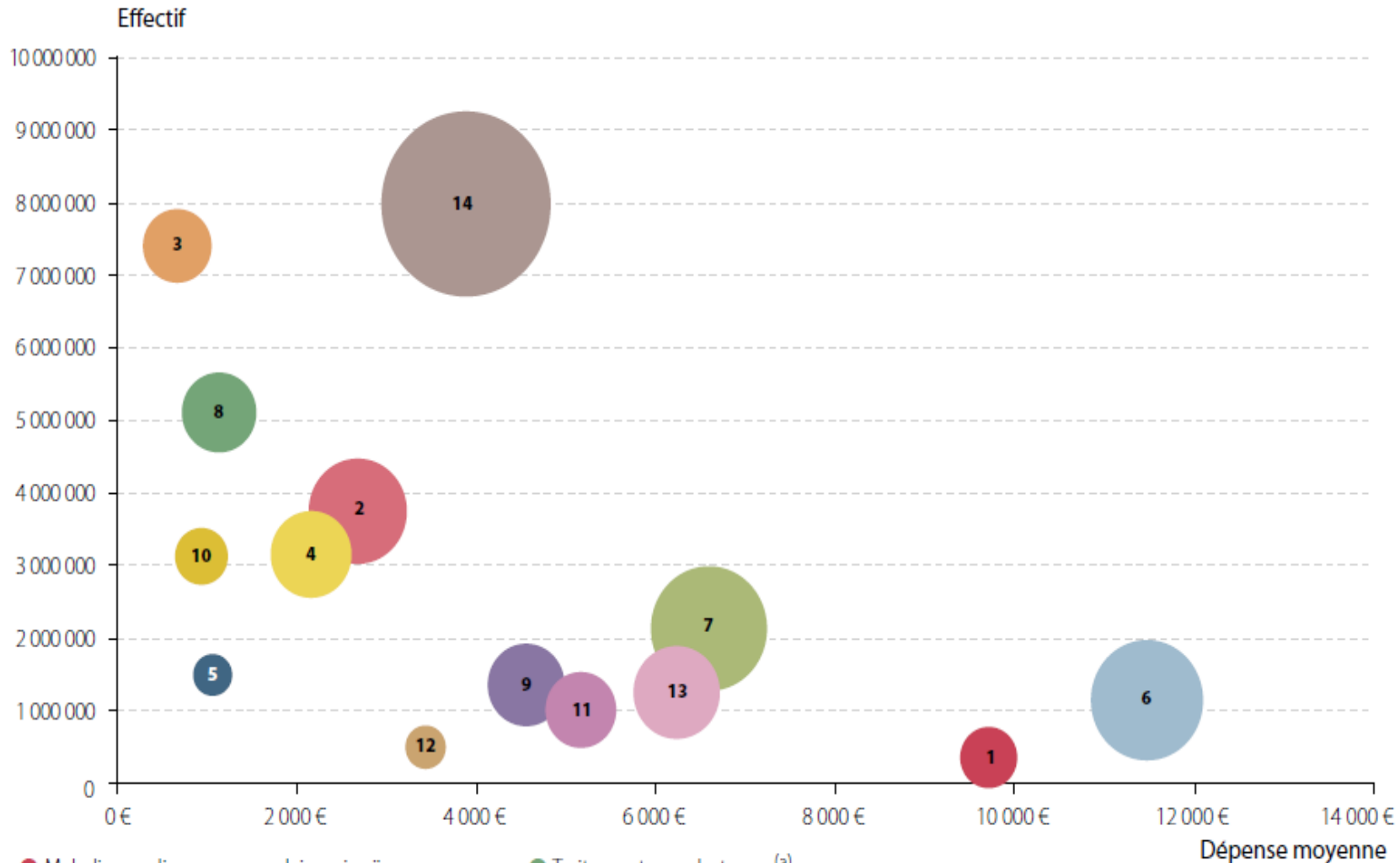
Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2016 pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins (57,5 millions de personnes au total)



Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2016 : 137 milliards d'euros pour le régime général (162 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)



Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins, en 2016

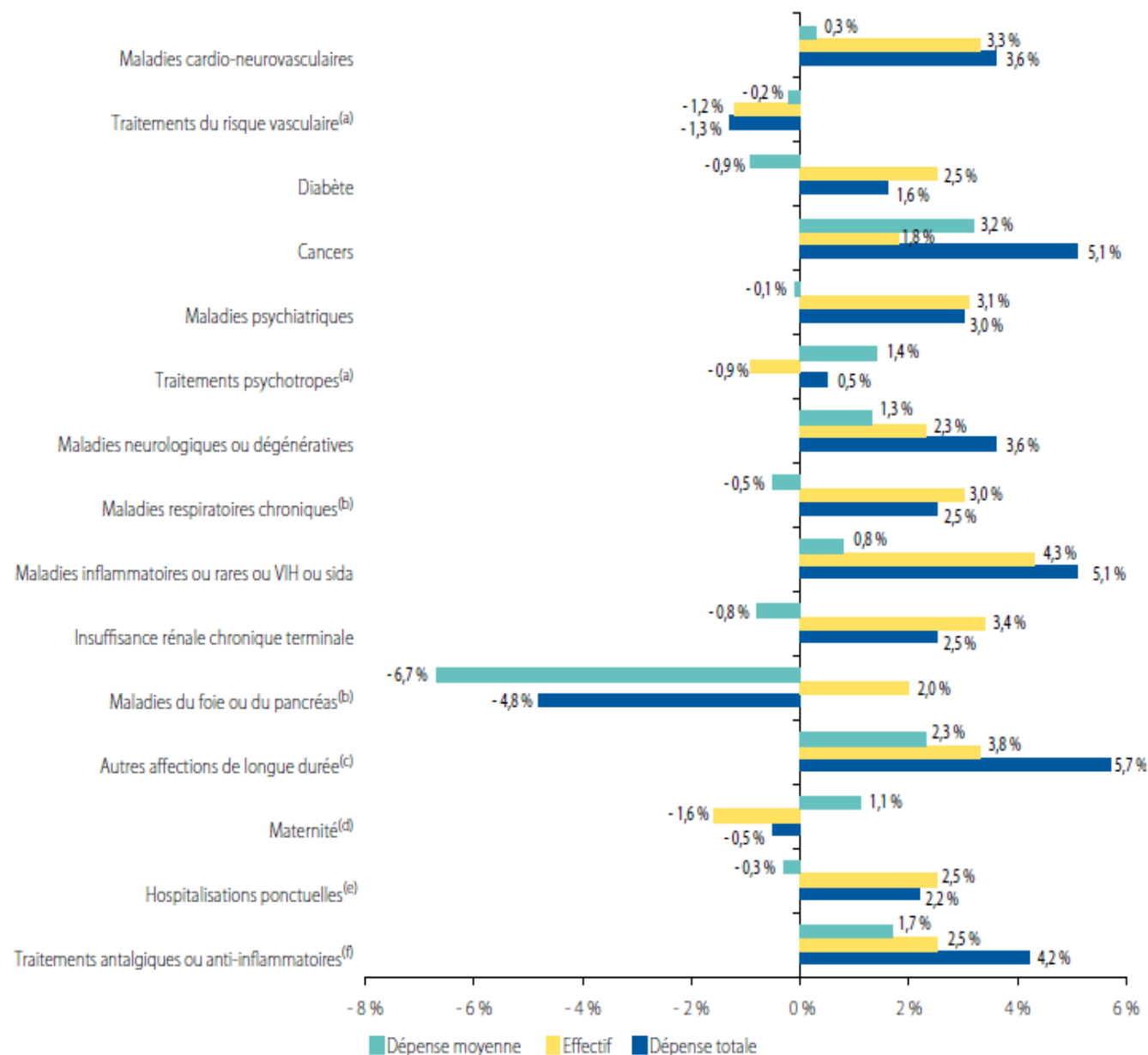


- Maladies cardio-neurovasculaires aiguës • 1
- Maladies cardio-neurovasculaires chroniques • 2
- Traitements du risque vasculaire^(a) • 3
- Diabète • 4
- Cancers sous surveillance • 5
- Cancers actifs • 6
- Maladies psychiatriques • 7
- Traitements psychotropes^(a) • 8
- Maladies neurologiques ou dégénératives • 9
- Maladies respiratoires chroniques^(b) • 10
- Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida • 11
- Maladies du foie ou du pancréas^(b) • 12
- Maternité^(c) • 13
- Hospitalisations ponctuelles^(d) • 14

- (a) Hors pathologies
- (b) Hors mucoviscidose
- (c) Avec ou sans pathologies
- (d) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

► FIGURE 6

Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales entre 2015 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins



Parcours de soins: rationnel et finalité

Pour améliorer la prise en charge de chacun de ces malades:

- meilleure coordination des professionnels entre eux
- accompagnement personnalisé et coordonné du malade
- une optimisation des dépenses de santé

Parcours de soins: rationnel et finalité

Pour améliorer la prise en charge de chacun de ces malades:

- meilleure coordination des professionnels entre eux
- accompagnement personnalisé et coordonné du malade
- une optimisation des dépenses de santé



Mise en place des parcours de soins

Parcours de soins : Objectifs généraux

Faire en sorte qu'une population reçoive:

**les bons soins
par les bons professionnels
dans les bonnes structures
au bon moment
au meilleur coût**

Parcours de soins : Objectifs généraux

Nécessite de cartographier les étapes du trajet du patient tout au long de son parcours de santé en identifiant :

- la prise en charge (diagnostic, soins, examens, bilans, traitements....)
- le coût et l'efficacité de chaque intervention
- l'organisation des prises en charge (nombre et rythme des visites...)
- continuité des soins et coordination ville-hôpital

Parcours de soins : Objectifs pratiques

- centré sur la prise en charge usuelle d'un malade
- décrit l'ensemble du parcours des soins lié à la maladie
- s'adresse aux professionnels:
médecins généralistes / spécialistes, infirmiers, pharmaciens, etc...
- expliciter le **processus de prise en charge** d'un patient ayant une maladie chronique en soins de ville et notamment en médecine générale; de rendre compte de la **multidisciplinarité** de la prise en charge, ainsi que des principes et modalités de **coordination** et de **coopération** entre professionnels impliqués

Parcours de soins : Périmètre d'action

S'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

Intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, organismes de protection sociale.

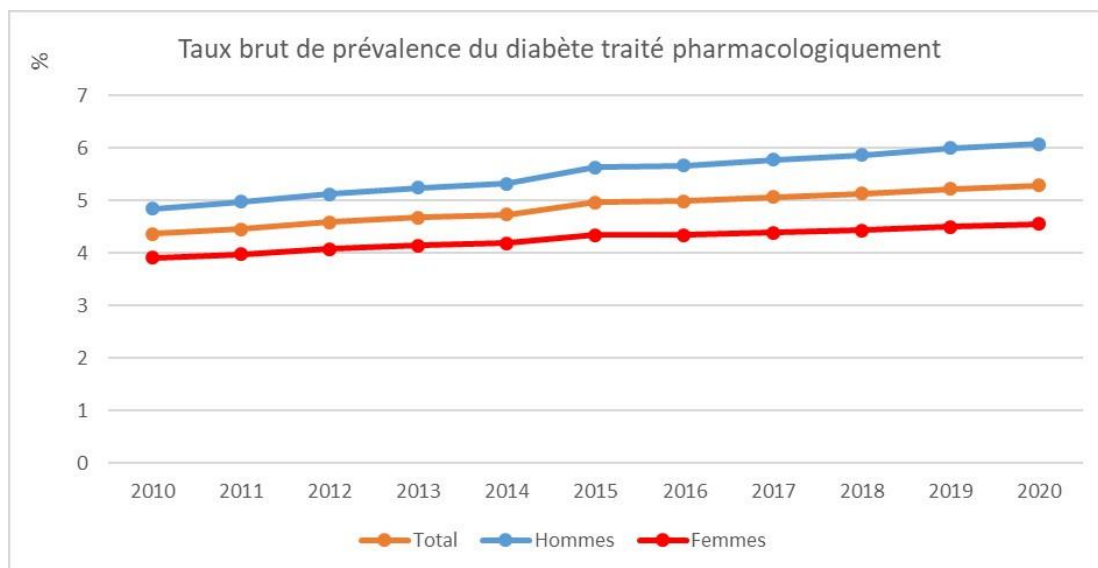
Notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient)

Notion spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire. dans la proximité de son domicile).

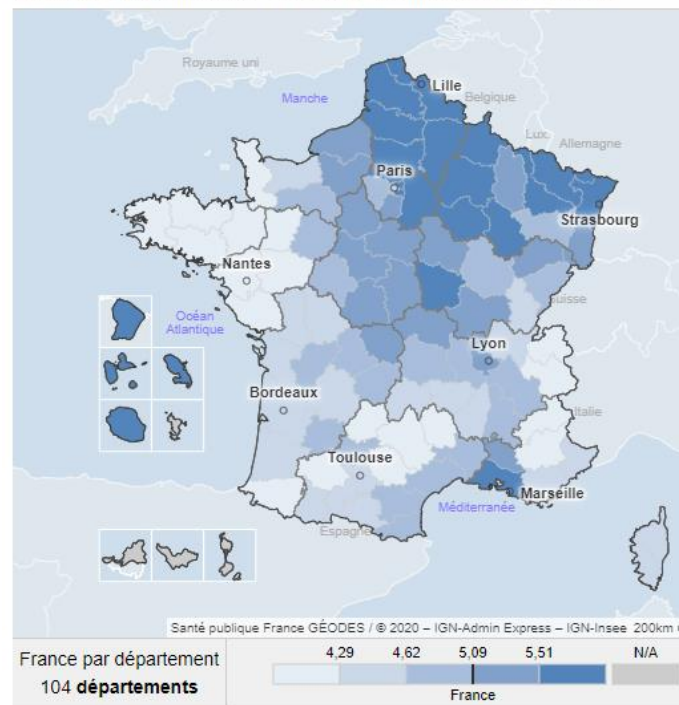


Parcours de soins : exemple du diabète

En France en 2020, **> 3,5 millions de personnes traitées** pharmacologiquement pour un diabète (**5,3 % de la population**).



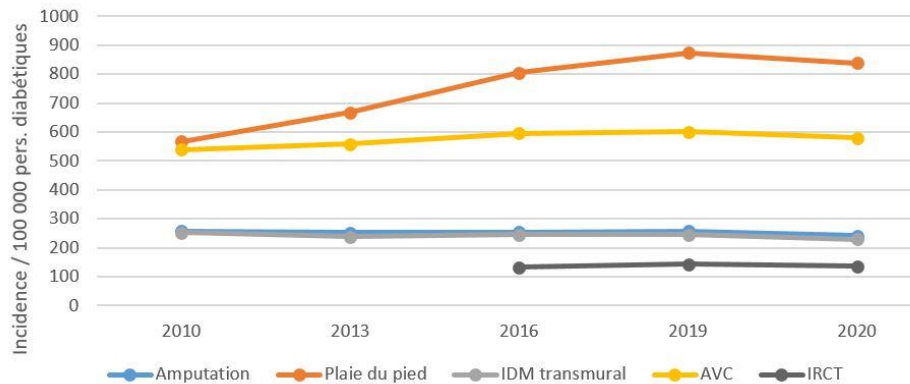
1 Taux de prévalence standardisé du diabète traité pharmacologiquement (tous types) (%) - hommes et femmes 2020 ▼



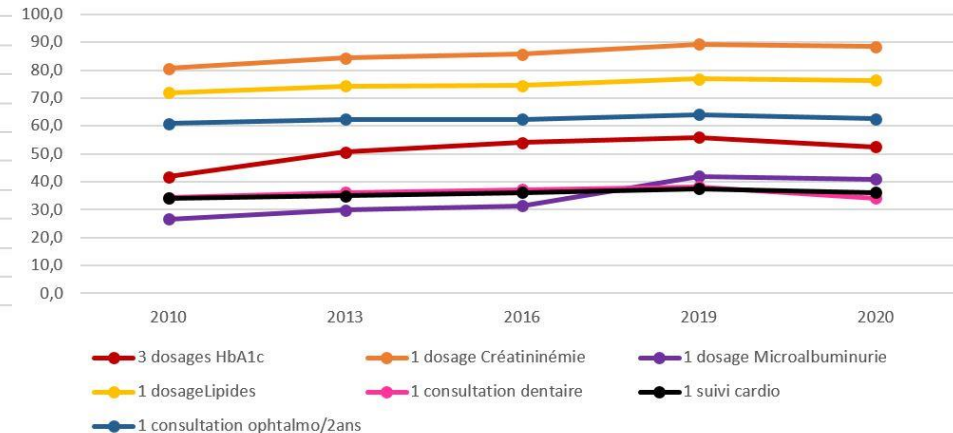
Parcours de soins : exemple du diabète

En France en 2020, respect des recommandations en dessous des attentes mais stagnation des hospitalisations pour complication

Evolution de l'incidence des hospitalisations pour complications liées au diabète en France entre 2010 et 2020



Fréquence de réalisation des examens recommandés annuellement



Parcours de soins : exemple du diabète

En France (2016) disparités des taux d'incidence des complications
 => désavantage sociale ?
 => problématique d'accès aux soins (déserts médicaux) ?

Figures 3 | DISPARITÉS RÉGIONALES DES TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉS* (/100 000 PERSONNES DIABÉTIQUES TRAITÉES) DES COMPLICATIONS LIÉES AU DIABÈTE, FRANCE ENTIÈRE, 2016

Figure 3a
Amputation d'un membre inférieur

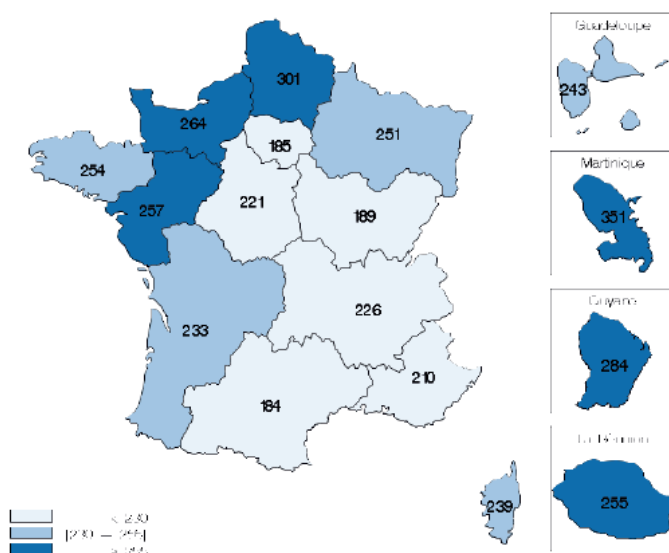
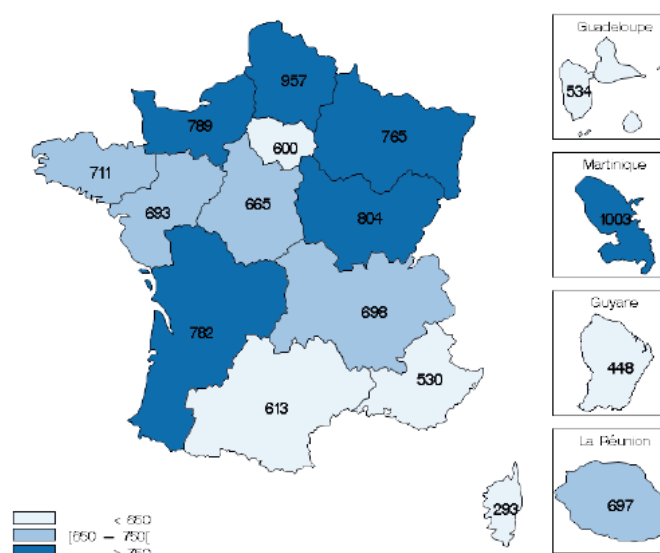


Figure 3b
Plaie du pied



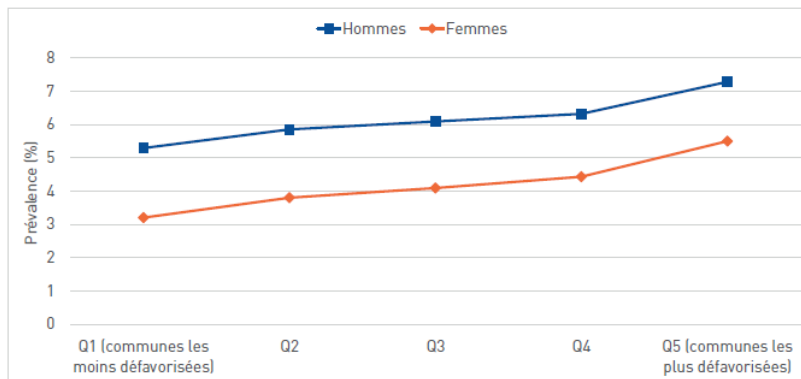
Parcours de soins : exemple du diabète

En France (2016) disparités des taux d'incidence des complications

=> désavantage sociale ?

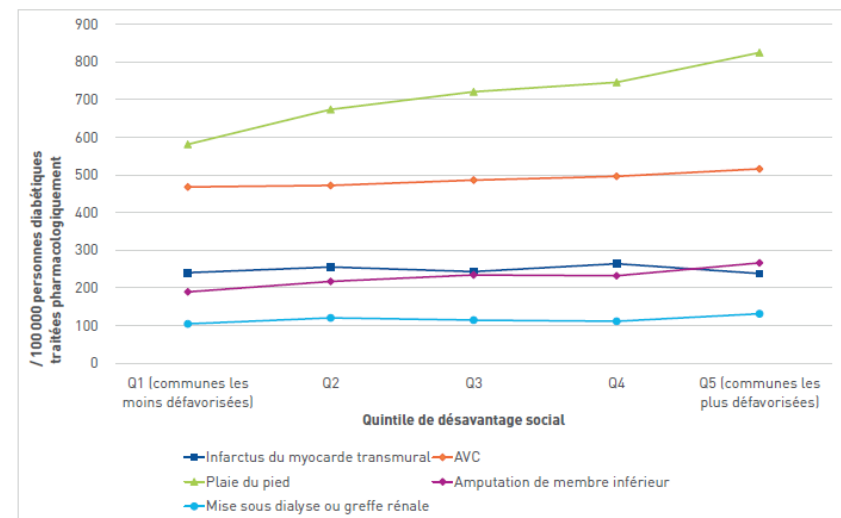
=> problématique d'accès aux soins (déserts médicaux) ?

Figure 6 | PRÉVALENCE STANDARDISÉE* DU DIABÈTE TRAITÉ PHARMACOLOGIQUEMENT SELON LE NIVEAU DE DÉSAVANTAGE SOCIAL DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27 / Champ : France métropolitaine, hors sections locales mutualistes / Source : SNDS-DCIR ; exploitation Santé publique France

Figure 7 | TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉS* DES HOSPITALISATIONS POUR COMPLICATIONS LIÉES AU DIABÈTE SELON LE NIVEAU TERRITORIAL DE DÉSAVANTAGE SOCIAL, FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2016



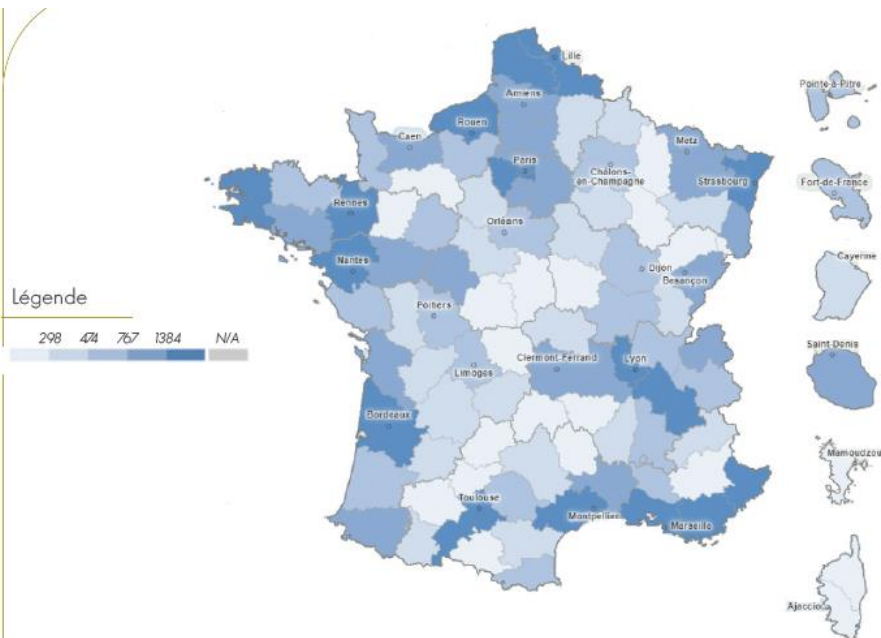
Parcours de soins : exemple du diabète

En France (2016) disparités des taux d'incidence des complications

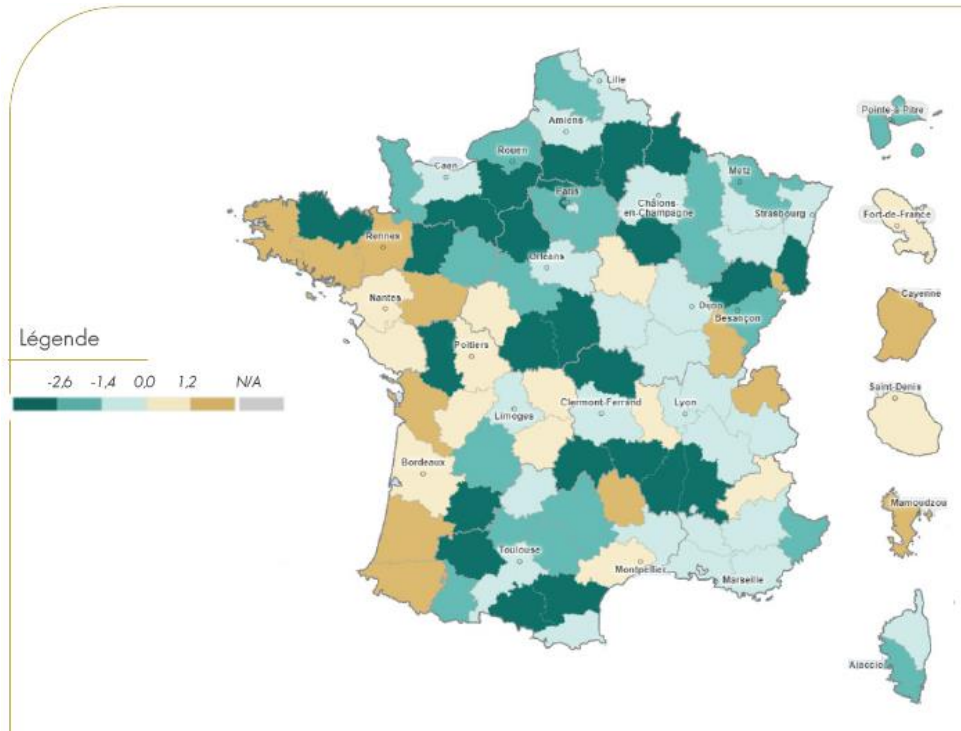
=> désavantage sociale ?

=> problématique d'accès aux soins (déserts médicaux) ?

Effectifs départementaux de médecins généralistes en activité régulière (valeurs absolues)



Variations départementales 2019-2020 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)



Conclusions généralités

Il est important d'étudier les parcours de soins de nos patients:

afin de mettre en évidence des dysfonctionnements

afin de mettre en place des mesures correctrices

de permettre la meilleure prise en charge possible

Les professionnels de santé sont les acteurs clés des parcours de soins

Les professionnels de santé libéraux et hospitaliers
médecins traitant et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kiné, psy....



Les établissements de santé et structures de soins
les réseaux de soins, maisons de santé, HAD, EHPAD, SSR...



Le médecin traitant

Peut être **un médecin généraliste ou spécialiste**

- coordonne les soins et assure le suivi médical
- oriente dans le parcours de soins coordonné (loi du 13 août 2004)
- gère le dossier médical

=> objectif de rationalisation des soins

Conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé

Ex remboursement consultation 70% vs 30%

Orienté si nécessaire vers

- un spécialiste (médecin correspondant)
- un service hospitalier



Principaux acteurs



Le rôle du pharmacien

- Conseils et informations
sur la prise des traitements (horaire, nourritures...)
mesures hygiéno-diététiques
automédication et iatrogénie médicamenteuse
observance
- Analyse de la prescription et optimisation de la thérapeutique
vérification des doses,
des interactions possibles,
respect des recommandations de prise en charge
détection des PPI
- Continuité des soins et participation à l'ETP des patients

Le rôle du pharmacien

Protocole portant sur un traitement chronique

Article R5125-33-5 (modifié par décret en octobre 2012)

- le patient peut désigner un pharmacien d'officine correspondant
- le pharmacien d'officine peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué
- Le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien

Le parcours du patient à l'hôpital: apports de de la pharmacie clinique



Le rôle du pharmacien

Dispensation

Pour tous les patients et doit être réalisé quel que soit le type de structure.

Inclut, de manière chronologique :

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance;

La préparation éventuelle des doses à administrer ;

Informations et conseils nécessaires au bon usage

=> Peut amener à la formulation d'Interventions Pharmaceutiques (IP)

Le rôle du pharmacien

Bilan de médication (BM)

Lors de l'entrée du patient en établissement de santé ou de manière ciblée

Analyse approfondie de la situation médico-pharmaceutique

Anamnèse clinique et pharmaceutique du patient (conciliation ...)

En amont de la dispensation

=> Identification de PLT (problème lié à la thérapeutique à

=> IP

Le rôle du pharmacien

Plan pharmaceutique personnalisé

BM => identification des patients et situations à risque

=> suivi pharmaceutique spécifique

Expertise pharmaceutique clinique des données du dossier patient ;

Développement d'un entretien pharmaceutique approfondi (patient, aidants)

Avis pharmaceutique

=> analyse

=> préconisations d'optimisations hiérarchisées (concertation)

=> modalités et indicateurs de suivi.

=> suivi au long cours du patient

Le rôle du pharmacien

Plan pharmaceutique personnalisé

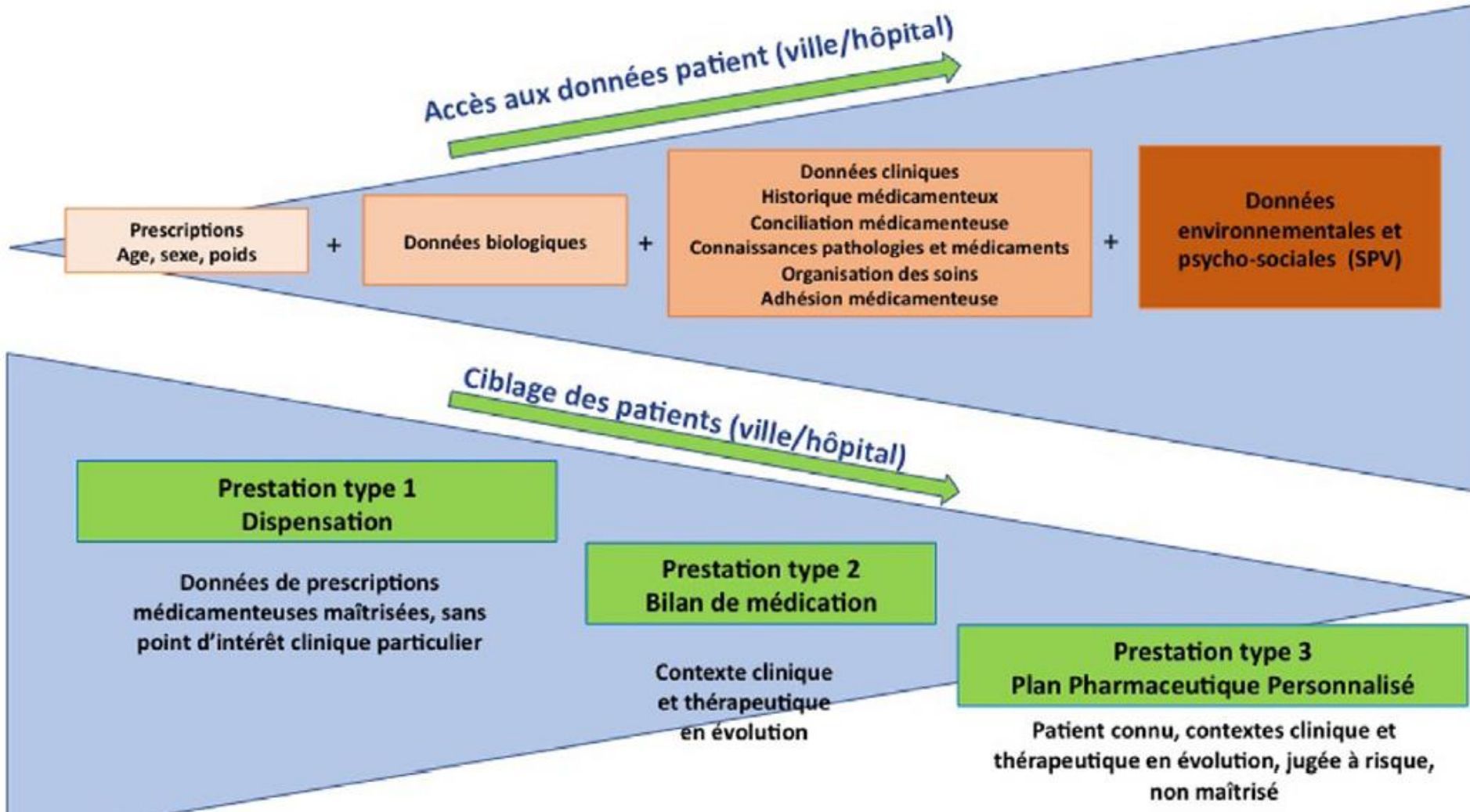
Éléments requis:

- Conciliation des traitements,
- Prescriptions,
- Dossier médical (prise en charge thérapeutique, cliniques, paracliniques et biologiques),
- Entretien (patient et/ou aidants),
- Contact avec d'autres professionnels de santé.

Selon le problème => entretien pharmaceutique structuré:

- Santé perçue, santé objective, comportements de sante
- Bras de leviers possibles (Savoir/Pouvoir/vouloir)

Le rôle du pharmacien



Le rôle du pharmacien

[Ressources - SFPC](#)



Recommandations de Bonnes Pratiques

Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique

Le rôle du pharmacien

=> Activités de pharmacie clinique

Entretiens pharmaceutiques

Conciliation médicamenteuse d'entrée (ville → hôpital)

Conciliation médicamenteuse de sortie (hôpital → ville)

Plan de prise, lettre pharmaceutique de sortie....

Bilan partagé de médication (BPM)

Le rôle du pharmacien

=> Activités de pharmacie clinique

Entretiens pharmaceutiques

Conciliation médicamenteuse d'entrée (ville → hôpital)

Conciliation médicamenteuse de sortie (hôpital → ville)

Plan de prise, lettre pharmaceutique de sortie....

Bilan partagé de médication (BPM)

Le rôle du pharmacien

Entretien pharmaceutique

Principe:

- renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients
- valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament
- évaluer la connaissance par le patient de son traitement
- rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement

Le rôle du pharmacien

Entretien pharmaceutique

Le pharmacien s'engage à donner les précisions et informations suivantes:

- posologie, dont max pour médicaments à prise modulable ou à poso non précisée
- la durée de traitement
- les précautions d'emploi
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique
- tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements

Le rôle du pharmacien

Entretien pharmaceutique

Ex accompagnement des patients sous anticoagulants oraux et asthmatiques

conseils à l'initiation, vérification observance, suivi...

entretien à l'instauration du traitement et au moins 2 entretiens par an

s'assurer de la réalisation de l'INR

si besoin prendre contact avec le prescripteur

Le rôle du pharmacien

=> Activités de pharmacie clinique

Entretien pharmaceutique

Conciliation médicamenteuse d'entrée (ville → hôpital)

Conciliation médicamenteuse de sortie (hôpital → ville)

Plan de prise, lettre pharmaceutique de sortie....

Bilan partagé de médication (BPM)

Le rôle du pharmacien

Conciliation médicamenteuse

« processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient »

Favorise la transmission d'informations complètes et exactes entre professionnels de santé aux points de transition

Associe le patient

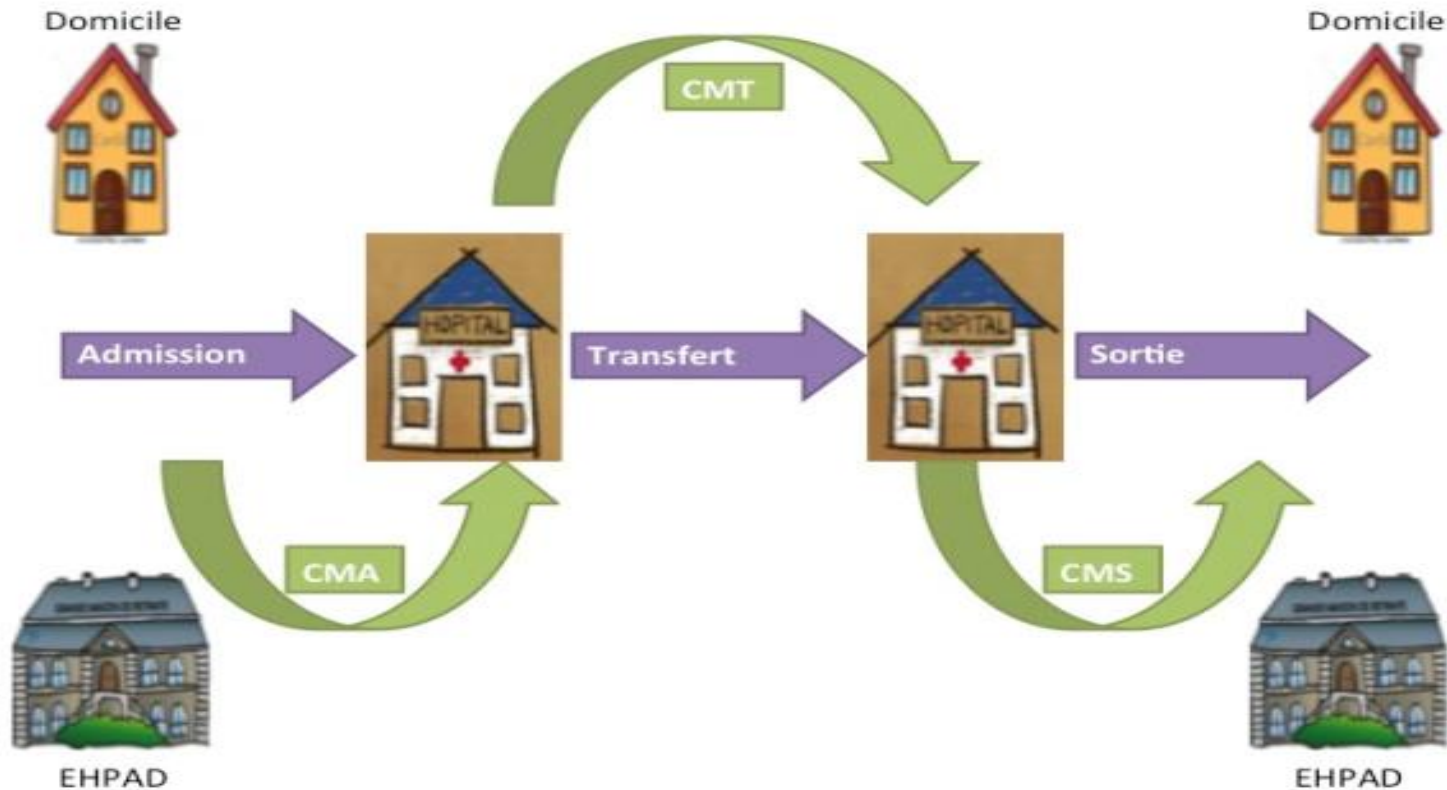
Prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses



Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins

Le rôle du pharmacien



CMA = conciliation médicamenteuse à l'admission

CMT = conciliation médicamenteuse de transfert

CMS = conciliation médicamenteuse de sortie

Le rôle du pharmacien

Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français (HAS, septembre 2015)

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s

Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (HAS, février 2018)

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

Mémo SFPC conciliation (SFPC, décembre 2015), formation « formaconcil »

<http://sfpc.eu/fr/groupe-travail/conciliation-medicamenteuse.html>

Le rôle du pharmacien

La conciliation des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie...

RECUEILLIR LES INFORMATIONS



SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS



VALIDER LE BILAN MÉDICAMENTEUX



PARTAGER ET EXPLOITER LE BILAN MÉDICAMENTEUX

OBJECTIFS

- Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou qui sont à prendre.
- Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient et autres thérapeutiques (aromathérapies, phytothérapie, alicaments, etc.)



- Rédiger le bilan médicamenteux.

- Attester de la fiabilité du bilan médicamenteux.

- Servir la démarche diagnostique.
- Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments.
- Améliorer l'information du patient et de son entourage.

Le rôle du pharmacien

Ex du CHU de Montpellier

Conciliation d'entrée > 4 400 sur 13 unités de soins

31 029 médicaments prescrits

16 515 (53%) modifications à l'entrée d'hospitalisation

2 700 (9%) Divergences non intentionnelle

852 (19%) patients \geq 1 erreur

médicamenteuse

Age moyen 66 ans, 7 médicaments en moyenne

Le rôle du pharmacien

=> Activités de pharmacie clinique

Entretien pharmaceutique

Conciliation médicamenteuse d'entrée (ville → hôpital)

Conciliation médicamenteuse de sortie (hôpital → ville)

Plan de prise, lettre pharmaceutique de sortie....

Bilan partagé de médication (BPM)

Le rôle du pharmacien

Lettre pharmaceutique de sortie

Destinée aux pharmaciens d'officine

- Informe le pharmacien d'officine du traitement des patients à la fin de leur séjour hospitalier
- Anticipe la sortie d'un patient par la transmission de son traitement au pharmacien d'officine
- Création d'un lien entre les pharmaciens d'officine et le système hospitalier (pharmaciens d'officine / pharmaciens et médecins hospitaliers)

Le rôle du pharmacien

Lettre pharmaceutique de sortie

OBJECTIFS

- Assurer la continuité du traitement du patient et d'éviter une rupture (molécules non détenues en stock)
- Permettre au pharmacien d'officine d'avoir une connaissance globale du traitement du patient
- Transmettre des informations spécifiques concernant le patient et son traitement

Le rôle du pharmacien





Lettre pharmaceutique de sortie

Contact : Service d'endocrinologie HC, CHRU de Montpellier (Téléphone 04.67.33.84.16)



PLAN DE PRISE DES MEDICAMENTS : ce document n'est pas une ordonnance



Médicaments (molécule, forme, voie d'administration)	Indication(s)	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	Conseils et commentaires

Remarques :

Lettre pharmaceutique de sortie


Médecin traitant : Dr. _____ Pharmacie d'officine : Dr. _____
 Adresse : _____ Adresse : _____
 Médecin(s) spécialiste : Dr. _____
 Adresse : _____ Le _____

NOM : Prénom :
 Âge : ans Poids : kg
 Taille : cm Surface corporelle : m²
(Supprimer les mentions inutiles)


Allergie(s) connue(s) :
 Dernière clairance de créatinine :ml/min le _____ (Cockcroft)

Motif d'hospitalisation :

Liste des médicaments avant admission		Liste des médicaments à la sortie		Nature de la Modification	Justifications
<i>Nom/Dosage/Forme (DCI)</i> <small>*Si prescription d'un générique : nom du laboratoire</small>	<i>Posologie</i>	<i>Nom/Dosage/Forme (DCI)</i> <small>*Si prescription d'un générique : nom du laboratoire</small>	<i>Posologie</i>	<i>Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, introduit...</i>	



Traitements arrêtés
 Penser à demander à votre patient de ramener ses traitements arrêtés à la pharmacie



Pharmacien / interne / PPH : _____ Médecin hospitalier / interne : _____
(Supprimer les mentions inutiles)
 Pour nous contacter :

Lettre pharmaceutique de sortie

Thèse Julie Salgues : analyse des comptes rendus de sortie médicaux (241 patients)

Exhaustives → 20 %
Non exhaustives → 53 %
Incomplètes → 27%

Analyse des CR incomplètes :

- 27 (41%) → Absence d'informations sur les traitements de sortie d'hospitalisation
- 39 (59%) → ≥ 1 divergence(s) sur les traitements de sortie d'hospitalisation (1,8 \pm 1,6 divergences en moyenne)

Analyse des CR non exhaustives : 4,8 \pm 3,3 modifications thérapeutiques non expliquées

Le rôle du pharmacien

=> Activités de pharmacie clinique

Entretien pharmaceutique

Conciliation médicamenteuse d'entrée (ville → hôpital)

Conciliation médicamenteuse de sortie (hôpital → ville)

Plan de prise, lettre pharmaceutique de sortie....

Bilan partagé de médication (BPM)

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication

«Analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement » (HAS)

Entretien structuré avec le patient ayant pour objectif de **réduire le risque d'iatrogénie**, **d'améliorer l'adhésion du patient** et de **réduire le gaspillage de médicaments**.

=> **pertinence, efficacité et qualité de la prise en charge médicamenteuse**

4 étapes : collecte des données, évaluation et analyse pharmaceutique clinique, mise en oeuvre, et le suivi.

Repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle.

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 28 novembre 2016)

1^{er} décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 25 sur 113

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 28 novembre 2016)

« L'analyse pharmaceutique **nécessite des informations** concernant le patient et ses traitements en cours. Ainsi, le pharmacien peut recueillir dans l'historique du logiciel d'aide à la dispensation mais également auprès du patient les informations nécessaires telles que **son âge, son sexe, son poids, sa taille, ses traitements en cours, ses antécédents allergiques, ses contre-indications, son état de grossesse ou d'allaitement**. Le pharmacien **peut recueillir dans le dossier médical personnel (DMP) mais également auprès du patient et/ou du prescripteur les résultats des analyses biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin chaque fois qu'il le juge nécessaire et notamment dans l'objectif de détecter d'éventuelles contre-indications aux médicaments prescrits.** »

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 28 novembre 2016)

« Le pharmacien peut, selon la situation du patient, **proposer un rendez-vous pour une dispensation particulière ou un bilan de médication**. Il peut aussi proposer ou orienter le patient vers un programme d'éducation thérapeutique du patient pour la compréhension de sa maladie, de son traitement et de son environnement »

« Le pharmacien peut, s'il le juge nécessaire, **évaluer le choix d'une molécule** (en fonction des recommandations pour la pratique clinique, du profil patient, des effets indésirables liés à chaque molécule notamment,) et **propose, le cas échéant, un traitement mieux adapté au prescripteur** qui peut établir une nouvelle ordonnance ou donner son accord au pharmacien pour qu'il délivre un autre médicament. »

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 9 mars 2018)

16 mars 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 19 sur 140

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 9 mars 2018)

Article 1^{er}

Mise en œuvre du bilan partagé de médication

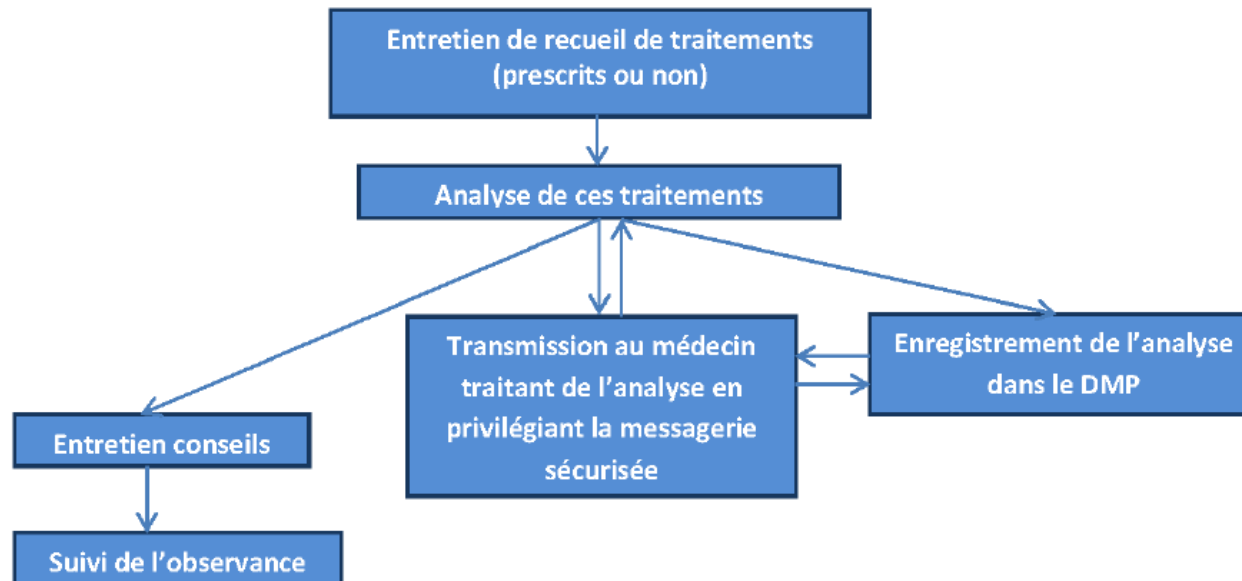
Il est créé un article 28.5.3 « Modalités du bilan partagé de médication » rédigé comme suit :

« Le patient a le choix de participer ou non à ce dispositif.

Il a également le libre choix du pharmacien qu'il souhaite désigner pour son bilan partagé de médication. Il peut, à tout moment, désigner un nouveau pharmacien, y compris au sein de la même officine, ou ne plus participer au dispositif.

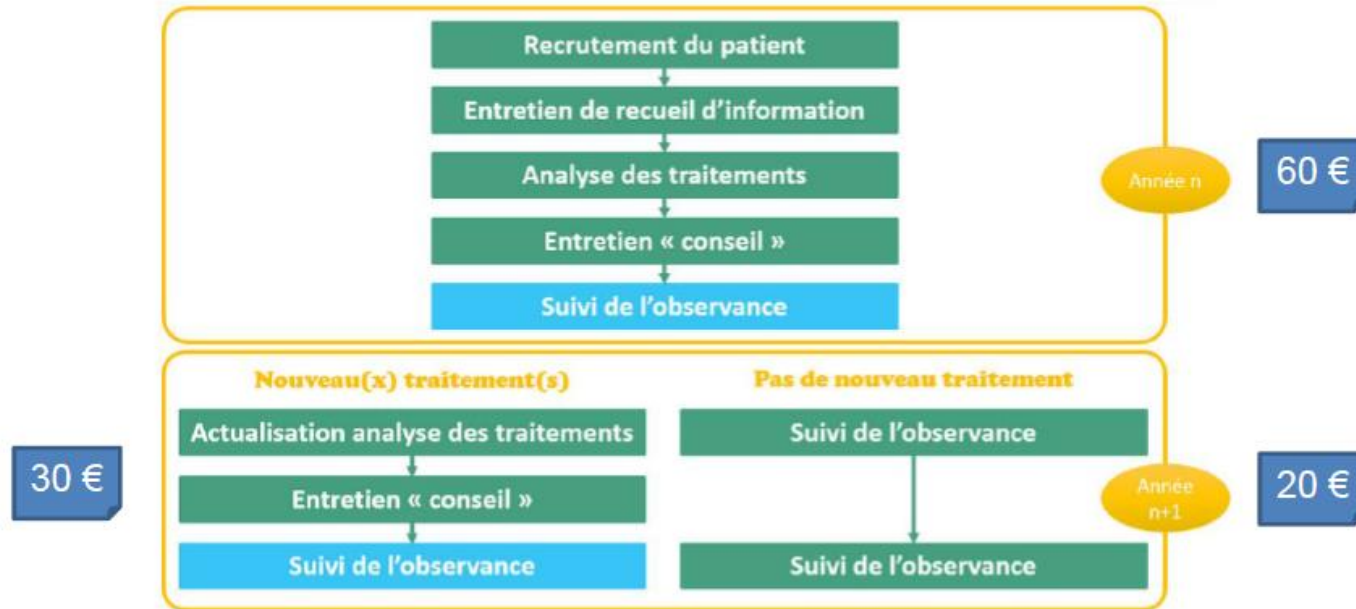
Les modalités de cet accompagnement

Ce bilan partagé est un accompagnement structuré du patient qui se déroule en plusieurs étapes :



Le rôle du pharmacien

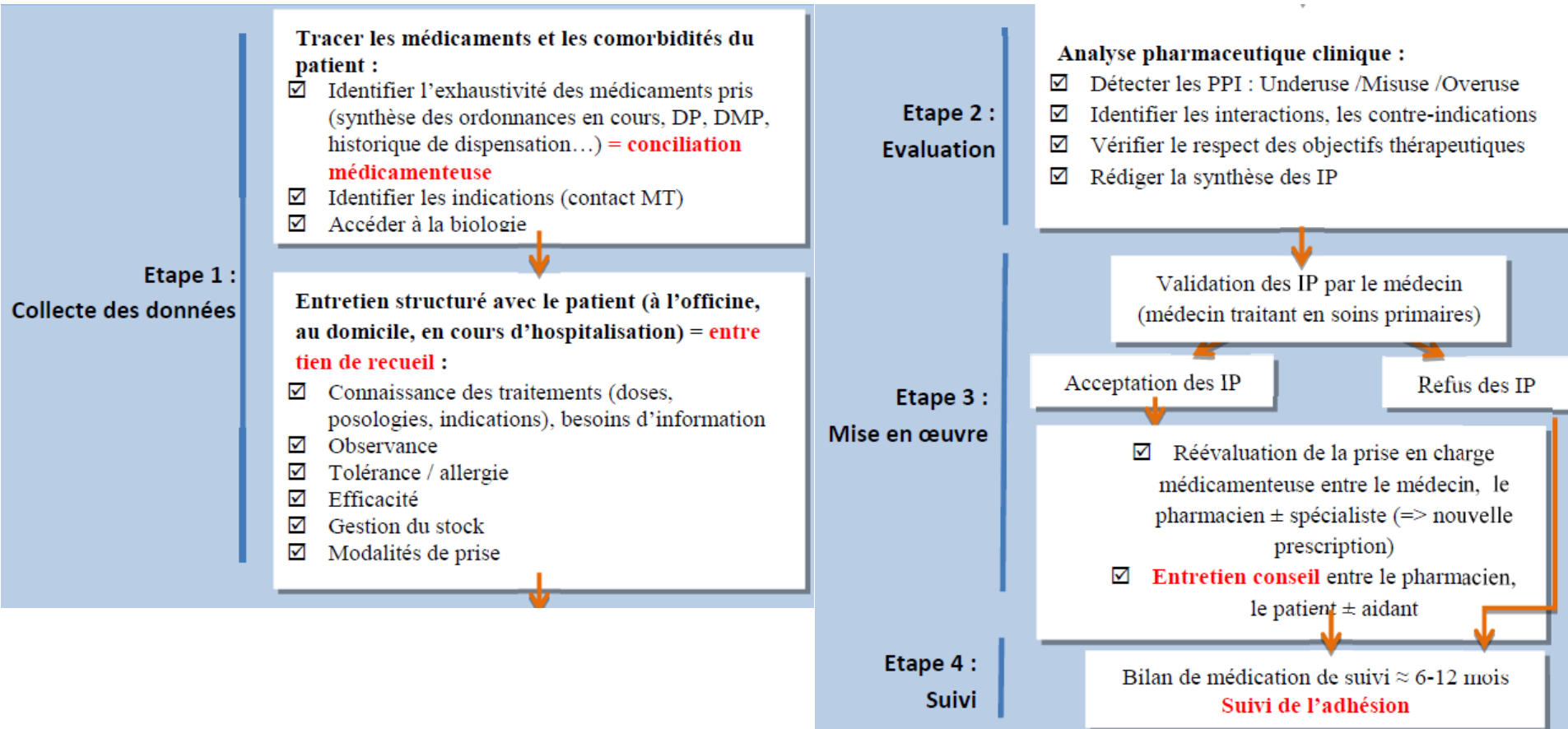
Bilan Partagé de médication : cadre législatif (arrêté du 9 mars 2018)



Patients éligibles au dispositif (≈ 4 millions de patients)
 >65 ans avec ALD ou >75 ans
 Polymédication ≥ 5 DCI sur 6 mois

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication :



Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication :

Etude rétrospective de 2016 à 2018 sur les données de CM de l'unité de médecine interne HTA du CHU de Montpellier

2133 patients avec CME analysés:

Age moyen 76 ans

1234 patients éligibles au BPM soit 58% de la population

49,2% de PPI

Principales classes médicamenteuses concernées :

Anxiolytiques, Hypnotiques (25%)

Médicaments avec effet anticholinergique (9%)

Antihypertenseurs (5%)

Hypoglycémifiants (4%)

Le rôle du pharmacien

Bilan Partagé de médication :

Etude prospective mise en place d'un bilan partagé de médication intra-hospitalier

211 patients inclus

107 éligibles au BPM

32 patients avec PPI =>28 IP acceptées

42 transmission du BPM au pharmacien d'officine

Les réseaux de santé

Le médecin traitant peut s'appuyer sur les réseaux de santé

“Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires”

“Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins”

=> Ciblent le patient et non une pathologie



Les réseaux de santé

Différents types de réseaux...

Réseaux thématiques

→ diabète, VIH, Soins palliatifs ...

Réseaux liés à une population

→ gérontologie, pédiatrie ...

Réseaux de professionnels

→ spécialistes, Pharmaciens, Infirmiers ..

Réseaux selon des structures

→ libéraux, ville-hôpital, hospitaliers....

Les réseaux de santé

Objectifs des réseaux

- Prendre en charge globalement le patient et sa pathologie
- Mieux orienter le patient à l'intérieur du système de soins
- Assurer la continuité et la coordination des soins (notamment ville/hôpital)
- **Favoriser le retour et le maintien à domicile des patients**

Les réseaux de santé

Exemple d'un réseau: Réseau Ville-Hôpital 34

Concerne lien entre 250 pharmacies d'officine du 34 et la pharmacie du CHRU Lapeyronie

Réseau de transports des médicaments de rétrocession hospitalière vers le pharmacien d'officine via les grossistes (déclaré à l'ordre et à l'inspection)

Échange d'informations avec les officinaux sur les médicaments réservés à l'usage hospitalier en liste de rétrocession, et lors de la sortie en ville



Cessions Externes

Pharmacie Lapeyronie & A.de Villeneuve
 Tel :04 67 33 68 43

A faxer : 04 67 33 59 78

Les réseaux de santé

FICHE DE LIAISON

OFFICINE

Nom de la pharmacie.....

Nom du pharmacien.....

Téléphone :.....

Fax :..... Date/...../.....

Noms des patients : Prénoms :
 (3 premières lettres) (2 premières lettres)

.....

.....

Tampon

A remettre à : OCP CERP Alliance

HOSPITAL

Préparé le : Nombre paquets.....

Préparé par :.....

Tampon

GROSSISTE

Enlevé le :

Par :

OFFICINE

Reçu le : Heure :

Par :

Tampon

Conclusions

Place importante du pharmacien et des activités de pharmacie clinique

Entretien pharmaceutique

Conciliation médicamenteuse

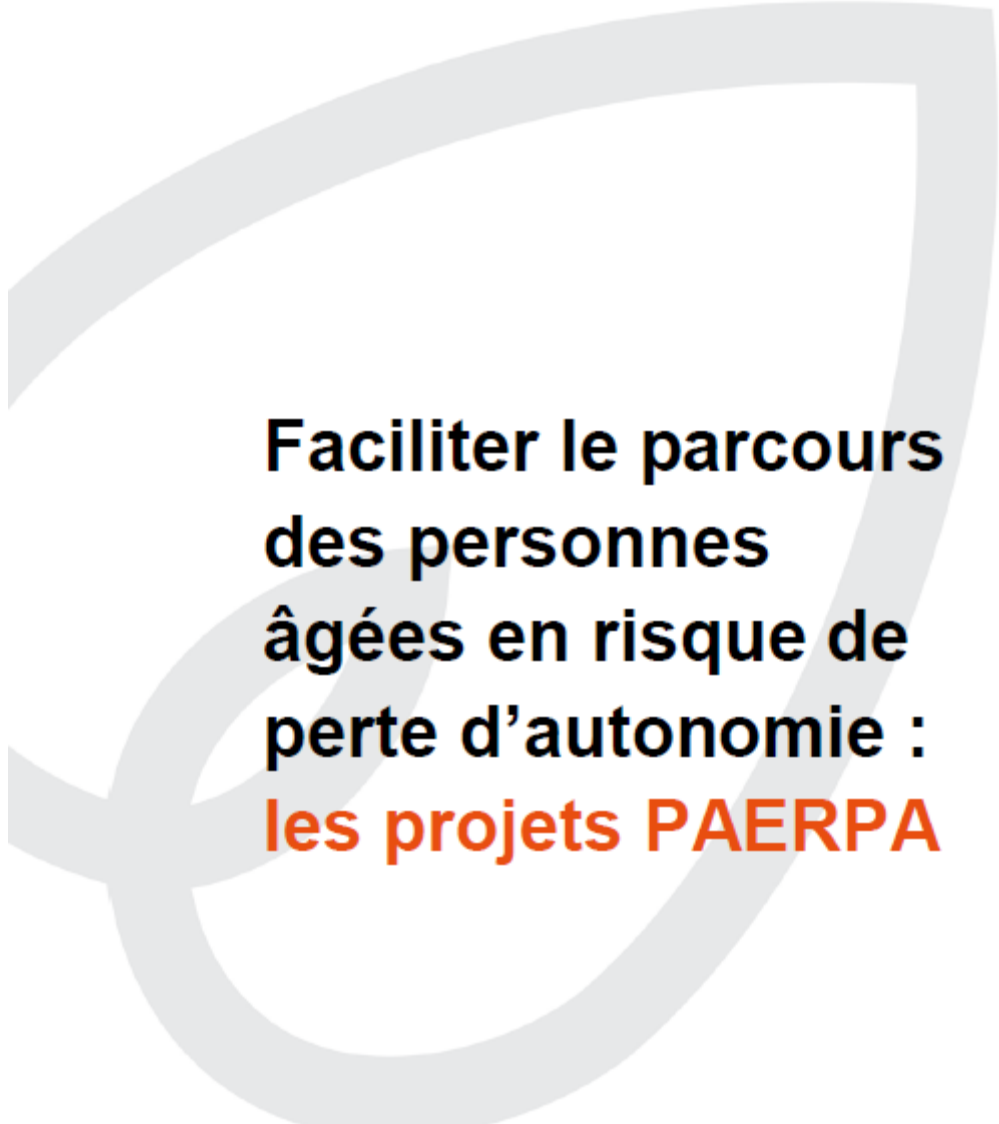
Courrier pharmaceutique

Bilan partagé de conciliation

Lien ville hôpital

Exemple de parcours de soins

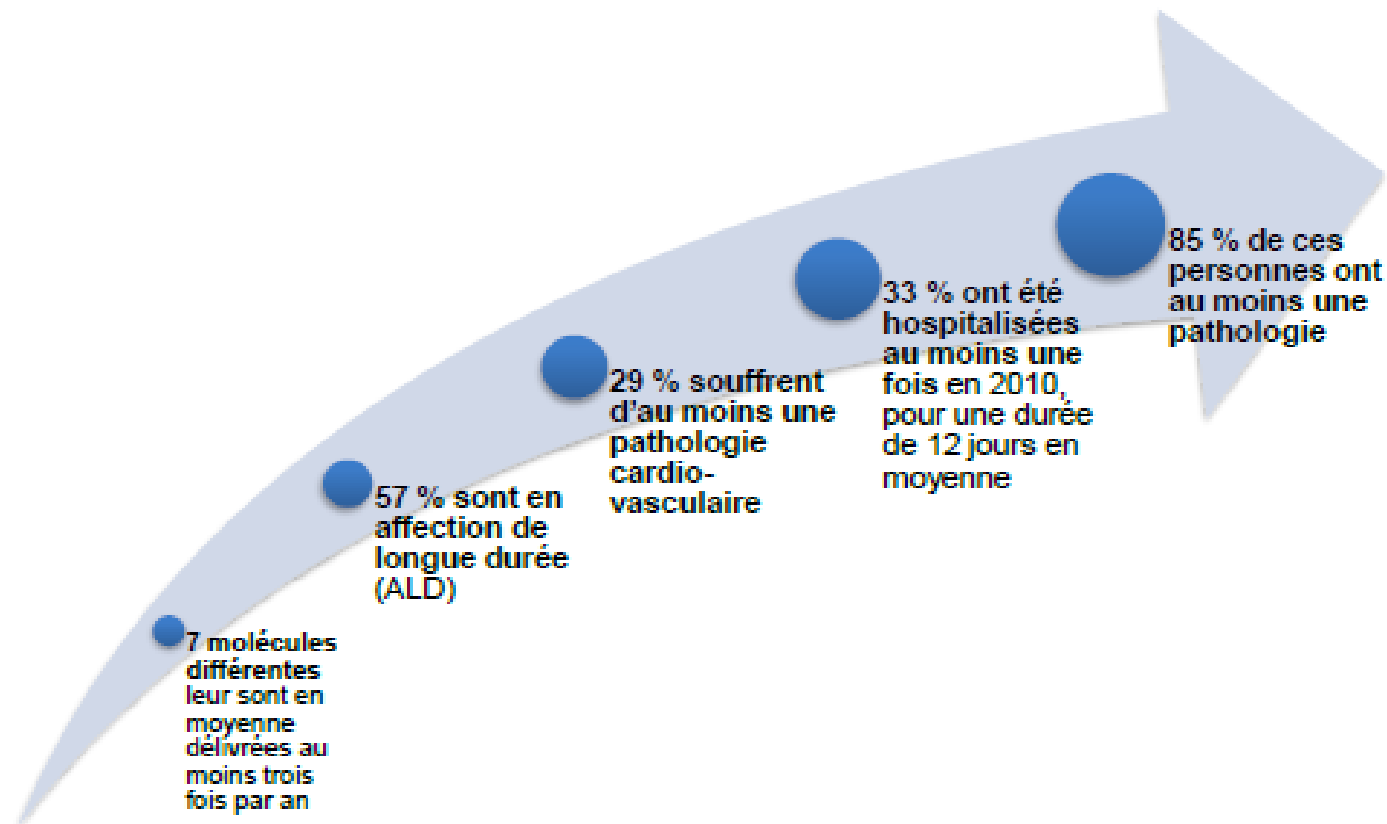




**Faciliter le parcours
des personnes
âgées en risque de
perte d'autonomie :
les projets PAERPA**

Anticiper une réalité démographique et Organiser un PS de proximité

- 12 millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2060
- Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie
- Un dispositif au bénéfice de 230 000 personnes âgées



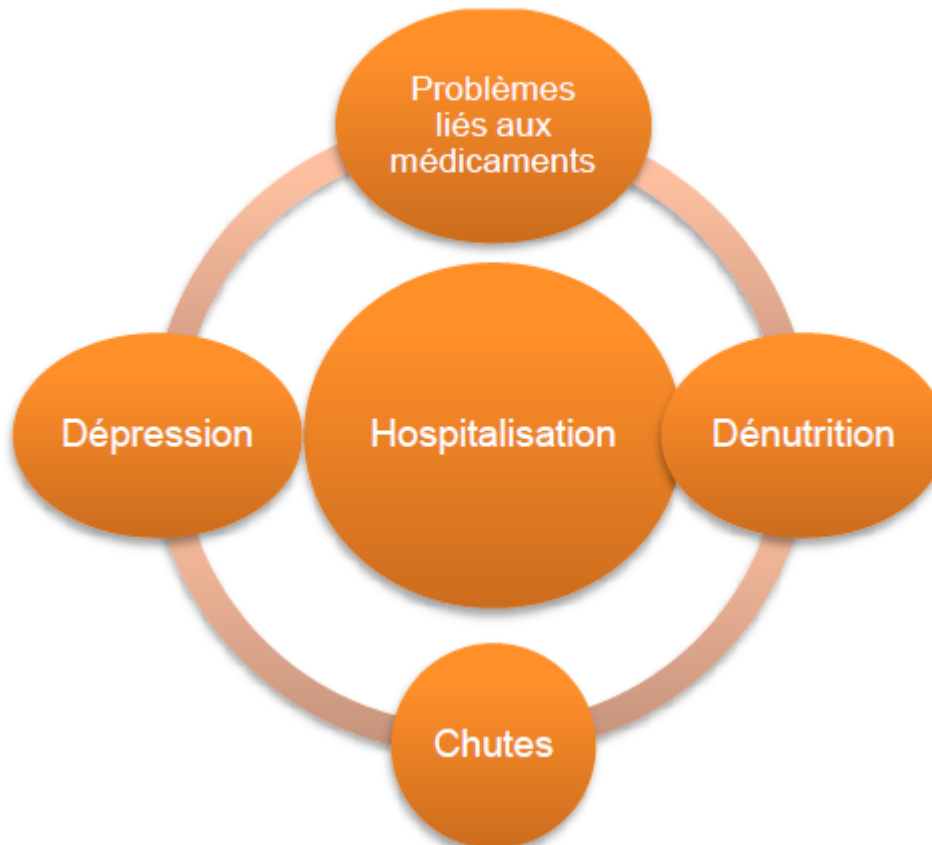
Source : Assurance maladie

Projet PAERPA: enjeux et objectifs

Anticiper une réalité démographique et Organiser un PS de proximité

- 12 millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2060
- Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie
- Un dispositif au bénéfice de 230 000 personnes âgées

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées ont été identifiés :



Projet PAERPA: enjeux et objectifs

Le champ d'action de l'expérimentation PAERPA couvre **l'ensemble des acteurs** impliqués dans le **parcours des personnes âgées fragiles** ou en perte d'autonomie de plus de 75 ans.

Un des enjeux majeurs de l'expérimentation est, par **une démarche globale**, de **décloisonner** les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi que de créer de la **coordination** entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les professionnels des **soins primaires**.

Projet PAERPA: enjeux et objectifs

La démarche PAERPA a pour objectif:

- de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible
- dans le cadre de vie habituel de la personne

Son rôle est de faire en sorte que **chaque Français** , âgé de 75 ans et plus, **reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.**

Projet PAERPA: enjeux et objectifs

Un dispositif articulé autour de 5 actions clés

Renforcer le maintien à domicile

Coordination renforcée des professionnels de santé de 1^{er} recours

Améliorer la coordination des intervenants et des interventions

Mise en place d'une coordination territoriale d'appui

Sécuriser la sortie d'hôpital

Anticipation et préparation de la sortie,
Repérage de la perte d'autonomie,
Transition via un hébergement temporaire,
Transmission des informations au médecin traitant

Éviter les hospitalisations inutiles avec MEP :

D'action d'éducation thérapeutique,
De circulation d'informations entre professionnels,
D'accès simplifié à des expertises gériatriques,
A un numéro unique de gériatrie

Mieux utiliser les médicaments

MEP d'actions de **révision d'ordonnance** notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Projet PAERPA: enjeux et objectifs

Un dispositif articulé autour de 5 actions clés

Renforcer le maintien à domicile

Coordination renforcée des professionnels de santé de 1^{er} recours

Améliorer la coordination des intervenants et des interventions

Mise en place d'une coordination territoriale d'appui

Sécuriser la sortie d'hôpital

Anticipation et préparation de la sortie,

Repérage de la perte d'autonomie,

Transition via un hébergement temporaire,

Transmission des informations au médecin traitant

Éviter les hospitalisations inutiles avec MEP :

D'action d'éducation thérapeutique,

De circulation d'informations entre professionnels,

D'accès simplifié à des expertises gériatriques,

A un numéro unique de gériatrie

Mieux utiliser les médicaments

MEP d'actions de **révision d'ordonnance** notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez une personne âgée à risque de perte d'autonomie

1^{re} étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS.

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹ Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

2^{de} étape : décider d'initier un PPS.

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions : un PPS peut être initié		
La personne :	O	N
➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?		
➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

Projet PAERPA: outils développés

La personne et ses contacts utiles				Nom :		CMG						
				Prénom :								
				Date de naissance :		/ / 1940		Sexe		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
Numéro du PPS		Date de la version en cours		...18./...02.../...14....		ALD		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____			
Coordonnateur du PPS		Profession :		Médecin traitant		Nom : ED						
Informations sur la personne						Numéro de sécurité sociale						
Adresse de la personne						Code Postal						
Aidant		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) :		Tél.		email		Recherche d'hébergement en cours		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
Référénts familiaux/amicaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Tél.		email		APA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)		
Personne de confiance				Tél.		email		Directives anticipées		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Caisse de retraite		Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)				Mutuelle		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :				
Contacts utiles												
	Nom			Téléphone			email			Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X		
Médecin traitant											X	
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD											X	
Pharmacien d'officine											X	
Infirmière ETP												
Géronte												
SSIAD/SAD/SPASAD												
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)												
Centre médico-psychologique											X (psychiatre/infirmier psy)	
Travailleur social et son service											X	
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS						<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Projet PAERPA:

Plan de soins (18/02/2014)

Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : 18/06/2014 Atteinte des résultats et commentaires
Problème psychiatrique/iatrogénie médicamenteuse	Mieux contrôler la pathologie psychiatrique	Optimiser le traitement psychotrope (ajustement du traitement psychiatrique avec diminution du risque iatrogénique – observance)	CMP Médecin traitant	Disparition des hallucinations visuelles	Amélioration du contrôle de la pathologie psychiatrique
			Infirmier libéral (sécurisation de la prise ? : recours au traitement injectable ?)		Intervention de l'IDE libéral non nécessaire
Difficultés à renouveler les ordonnances	Optimiser les prises médicamenteuses	Suivi des renouvellements d'ordonnances et de l'automédication (alerte iatrogénique)	Pharmacien	Alerte du MT et du CMP Ordonnances renouvelées	Poursuite de la collaboration Pharmacien, MT et CMP
Doute sur troubles amnésiques	Éliminer des troubles cognitifs une fois la pathologie psychiatrique contrôlée	Évaluation cognitive à moyen terme	Gérialre	Évaluation cognitive réalisée	Troubles cognitifs modérés n'empêchant pas le maintien à domicile
Envisager l'avenir de cette patiente	Décision d'hébergement en maison de retraite ?	Contacter son fils avec son accord, si son état est stabilisé	Famille	Implication du fils dans les décisions concernant sa mère et son éventuel hébergement en maison de retraite	Projet d'hébergement en maison de retraite abandonné

Guide de parcours de soins (HAS)



Guide parcours de soins (HAS)

Principales recommandations publiées depuis moins de 5 ans

- à fort niveau de preuve
- accord auprès des professionnels

Avis de la HAS

- pour les médicaments, DM, actes et recommandations de santé pub

Sur les avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture

- des professionnels (médecins...)
- des représentants d'associations de patients

Les propositions thérapeutiques sont relues par l'ANSM

Elaboration par la HAS « de guide parcours de soins » :

- BPCO
- Maladie rénale chronique
- Maladie de Parkinson
- Insuffisance cardiaque
- Maladie coronarienne
- Fibrillation atriale
- Cancer broncho-pulmonaire et mésothéliome pleural malin
- Lymphome de Hodgkin de l'adulte
- Diabète de type 2
- ...

https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche-antidot-2019?text=Guide+du+parcours+de+soins&tmpParam=&opSearch=&types=guidelines&FACET_TYPE=guidelines%2Fgenerated.GuideMedecinALD

Ex outils développés

Elaboration du programme de soin personnalisé selon la clinique et la situation familiale et sociale du patient

- objectifs à atteindre et actions à entreprendre
- organisation de la prise en charge par le médecin traitant et le cardiologue
- modalités d'aménagement du mode de vie envisagées avec le patient
- objectifs et modalités de prise en charge de comorbidités
- planification de l'intervention éventuelle d'autres professionnels
-



Personnalisation de la prise en charge (tableau 1)

Illustration à partir d'exemples de situations concernant des patients

NOM :

Date :/...../.....

Situation du patient				Objectif partagé	Actions		
Risque/ maladie	Point de vue et attentes du patient	Point de vue et priorités du médecin	Contexte/ freins		Moyens	Intervenants	Date de réévaluation
Situation 1 : exemple							
Situation 2							
Situation 3							
Situation 4							
Situation 5							

Situation du patient				Objectif partagé	Actions		
Risque/maladie	Point de vue et attentes du patient	Point de vue et priorités du médecin	Contexte/freins		Moyens	Intervenants	Date de réévaluation
Tabagisme persistant	N'arrive pas à s'arrêter de fumer	FDR CVS	Pas de symptômes Tenté et rechuté Peur de grossir	Diminuer le nombre de cigarettes par jour (chiffre)	Activité physique Sevrage médicamenteux Intervention d'un tiers	Patient	Dans 3 mois
Pas de respect du régime peu salé	Pas d'appétence pour les aliments sans sel	Risque de décompensation	Pas de symptômes Vit seul	Pesée notée 2/sem Ne pas resaler Aliments à éviter	Liste d'aliments avec le contenu en sel Éducation diététique	Patient Diététicien Infirmière	Dans 2 mois
Oublie parfois IEC - β-bloquant -diurétique	Pas convaincu de l'intérêt des médicaments	Observance thérapeutique Risque de décompensation	Pas de symptômes Trop de médicaments	Aménager les horaires de prise Pesée notée1/sem	Intervention d'un aidant Pilulier pour améliorer l'observance Education pour renforcer adhésion	Famille Infirmière Pharmacien	Dans 2 mois
Fatigue, lassitude, manque d'énergie	Va moins bien Tend à réduire son activité pour ne pas être gêné	Risque d'isolement Risque de dégradation fonctionnelle	Hésite à sortir faire ses courses Craint la chute	Sortir tous les jours Marche de 30 min 5 fois par sem Réduire diurétiques	Motiver le patient sur une activité minimale réalisable Écho pour fonction VG Prise de sang	Patient Assistance sociale	Dans 1 mois
Prise de poids avec apparition d'œdèmes	Gêné par ses chevilles enflées A fait des écarts alimentaires	Risque de décompensation Revoir l'alimentation Majorer le traitement diurétique	Négligent Repas au restaurant	Pas de sel à table Aliments à éviter Pesée notée2/sem Pas d'automédication	Traitement diurétique adapté Contrat alimentaire (pas d'ajout de sel) Prise de sang	Patient Médecin Infirmière	Dans 15 jours
Souhaite reprendre une activité sportive	Pas d'activité physique depuis l'hospitalisation pour ajustement thérapeutique	Pas de symptômes Activité physique bénéfique	Réticence à se rendre à nouveau à l'hôpital	Reprise progressive de l'activité physique : marche rapide 2 fois/sem puis en fonction des possibilités.	Entretien avec le patient et réassurance Avis cardiologue pour activités conseillées Recours éventuel à la réadaptation cardiaque	Patient Médecin traitant Kinésithérapeute MPR	Dans 2 mois
Majoration isolée de la fatigue	Lassitude Dort mal Difficulté à se concentrer	Vérifier l'absence d'aggravation de l'IC Revoir le traitement Faire la part entre asthénie liée à l'IC et une dépression	Fatigue attribuée aux médicaments	Activité physique Marche de 30min 5 fois par sem Prise de sang	Entretien avec le patient et réassurance vis-à-vis du traitement Examen clinique (TA)	Médecin traitant Cardiologue Psychologue si nécessaire	Dans 3 semaines
Gonalgie	Souhaite être soulagé rapidement	Ne pas utiliser des traitements qui peuvent aggraver l'IC	Préoccupations du patient et du médecin ne sont pas de même nature	Soulager la douleur sans aggraver l'état clinique et biologique du patient	Introduction de médicament qui n'aggrave pas l'IC et n'interagisse pas avec les autres médicaments	Patient médecin traitant Spécialiste	Dans 1 semaine
Difficultés sexuelles : érections de moins bonne qualité	Médicaments jugés responsables Problème dans le couple	Faire la part des médicaments et de la crainte de survenue de difficultés. Maintenir les β -bloquants	Peur d'avoir une « attaque » pendant les relations sexuelles	Reprise d'une activité sexuelle compatible avec l'âge, la pathologie et les désirs du patient	Rassurer dans la mesure du possible Envisager traitement en tenant compte des contre-indications	Médecin traitant Cardiologue Urologue/sexologue si nécessaire	Dans 2 mois

Organisation du retour au domicile

Ex du dispositif PRADO



PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

Initié par l'assurance maladie pour anticiper les besoins des patients et fluidifier le parcours hôpital-ville

Enjeux:

- préserver la qualité de vie et l'autonomie
- diminuer les durées de séjour hospitalier
- renforcer la qualité de la prise en charge en ville
- améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation

PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

Initié par l'assurance maladie pour anticiper les besoins des patients et fluidifier le parcours hôpital-ville

En 2010 sortie de maternité

En 2012 sortie de chirurgie

En 2013 sortie post décompensation cardiaque

En 2015 sortie post exacerbation BPCO

En 2017 expérimentation sortie post AVC et > 75 ans tous motifs

Nombre de patients ayant bénéficié de Prado

2016



430 000

+ 17 %

2017



505 000

PRADO PATHOLOGIES CHRONIQUES

Nombre de patients
bénéficiaires

2016

5 000



+ 160 %

2017

13 000



PRADO CHIRURGIE

Nombre de patients
bénéficiaires

2016

34 000



+ 68 %

2017

57 000



PRADO MATERNITÉ

Nombre de mères
bénéficiaires

2016

390 000



+ 12 %

2017

435 000



57 %

des naissances en France
en 2017 ont donné lieu
à un accompagnement Prado.

PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

Déroulement du dispositif :

Equipe médicale hospitalière déclare un patient éligible

Un conseiller de l'assurance maladie va à la rencontre du patient

- recueil de l'adhésion du patient avant sa sortie
- prend contact avec médecin traitant
- prend contact avec autres membres équipe de soins primaires
- organisation du suivi du patient (en accord avec recommandations)

PRADO insuffisance cardiaque

Epidémiologie insuffisance cardiaque (données 2013)

95 000 hospitalisations pour décompensation cardiaque

60% de réhospitalisation et 16% de décès dans les 6 mois après retour à domicile

33% des patients n'ont pas consulté de cardiologue dans les 2 mois suivants la sortie

14% des patients n'ont pas consulté leur MT dans les 2 mois suivants la sortie

PRADO insuffisance cardiaque

Planification des premiers rendez-vous avec MT, IDE et cardiologue

Durée accompagnement varie selon stade NYHA

Stade I et II → 1 à 2 mois

Stade III et IV → 6 mois

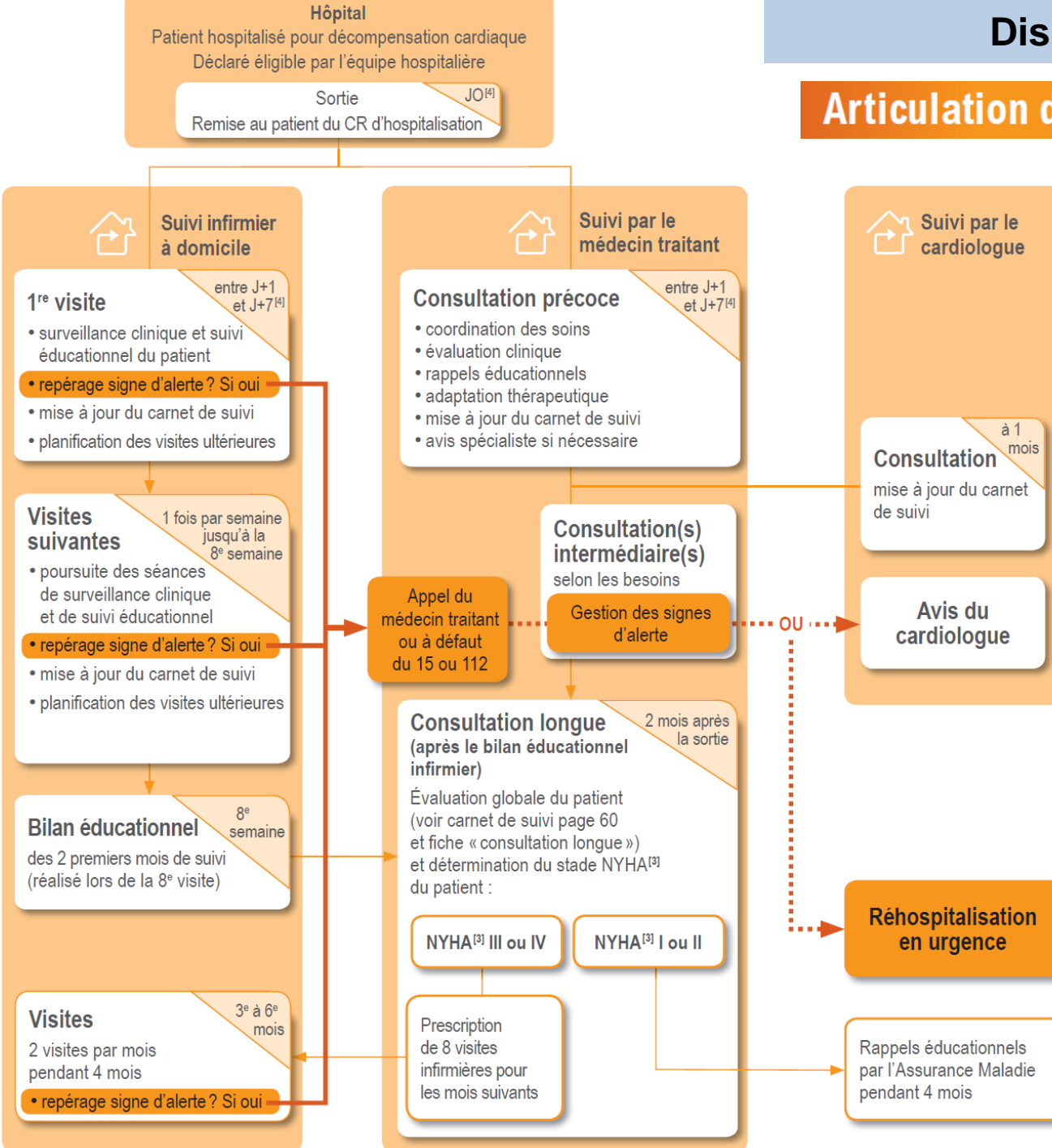
Médecin traitant : une consultation dans la semaine suivant le à domicile
une consultation approfondie (« longue ») dans les 2 mois

Cardiologue : une consultation dans le 2^{ème} mois

IDE : une séance hebdomadaire de surveillance et d'éducation (2 mois)
puis pour les patients stade III et IV, une séance bimensuelle (4 mois)

Si nécessaire mise en place d'une aide-ménagère et/ou portage repas

Articulation des consultations et visites



Ce carnet de suivi réalisé par l'Assurance Maladie vous a été remis en fin d'hospitalisation.

Il vous donne toutes les informations utiles sur votre **insuffisance cardiaque** pour vous aider à mieux vivre avec votre maladie.

Il est aussi l'outil de coordination entre les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge de votre insuffisance cardiaque.

Pensez simplement à présenter ce carnet à votre infirmière à chacune de ses visites. Emportez-le en consultation pour que chaque professionnel de santé puisse prendre connaissance de son contenu, y inscrire ses observations et échanger sur votre état de santé. Emportez-le aussi en vacances ou si vous avez à vous rendre aux urgences. Ce sera une aide précieuse pour les professionnels de santé qui vous prendront en charge.

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

ÉLÉMENTS DE SORTIE

à remplir par l'équipe hospitalière

Date de sortie
de l'établissement :

□□□□□□□□

Poids de sortie :

□□□□, □□ kg

Dose maximale de sel
dans l'alimentation / jour :

□□, □□ grammes

Tension artérielle :

□□□□ / □□□□ mmHg

Pouls :

□□□□ pulsations / mn

Fraction d'éjection :

□□□ %

Stade NYHA : □□

(définition page 61)

Cachet de l'hôpital :

Remise carnet patient à la sortie

NUMÉROS UTILES

SAMU 15 ou 112

POMPIERS 18

MON AIDANT FAMILIAL
(mon plus proche parent ou ami)

MON Infirmière

MON LABORATOIRE
D'ANALYSES MÉDICALES

MON MÉDECIN TRAITANT

MON AIDE MÉNAGÈRE

MON CARDIOLOGUE

MON ASSISTANTE SOCIALE

MON CARDIOLOGUE HOSPITALIER

MON CONSEILLER DE
L'ASSURANCE MALADIE



MES RENDEZ-VOUS

- 07-08** Mes rendez-vous avec mon infirmière
- 09** Mes rendez-vous avec mon médecin traitant
- 10** Mes rendez-vous avec mon cardiologue
- 11** Mes prestataires d'aide à la vie

JE M'INFORME

- 13-14** J'apprends à connaître ma maladie
- 15-17** Je reconnais les signes d'alerte
- 18-20** Je surveille le contenu en sel de mon alimentation
- 21-27** J'identifie les aliments et leur teneur en sel
- 28-29** J'exerce une activité physique
- 30-31** Mon traitement contre l'insuffisance cardiaque
- 32-33** Comment bien prendre mes médicaments

JE ME SURVEILLE

- 35-45** Je me pèse tous les jours

MON SUIVI MÉDICAL

Les 2 premiers mois après mon retour à domicile

- 48-51** Les tableaux de surveillance par mon infirmière
- 52-57** Mon traitement et la coordination des professionnels de santé
- 58-59** Le bilan éducatif par mon infirmière
- 60-61** Le bilan de la consultation longue par mon médecin traitant

Du 3^{ème} au 6^{ème} mois

- 64-67** Les tableaux de surveillance par mon infirmière
- 68-73** Mon traitement et la coordination des professionnels de santé

PRADO insuffisance cardiaque

Objectifs : diminution mortalité et réhospitalisation

=> 6000 à 9000 décès pourraient être évités en améliorant la PEC

- Accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation
- Amélioration de l'utilisation des traitements médicamenteux

PRADO insuffisance cardiaque

Figure 17 - . Délai en jours du premier soin infirmier en sortie d'hospitalisation

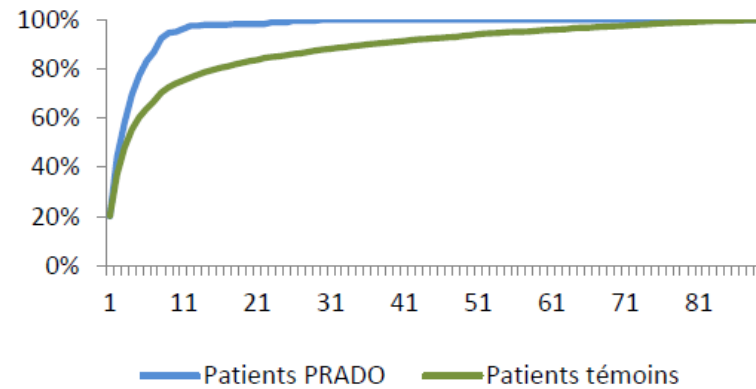
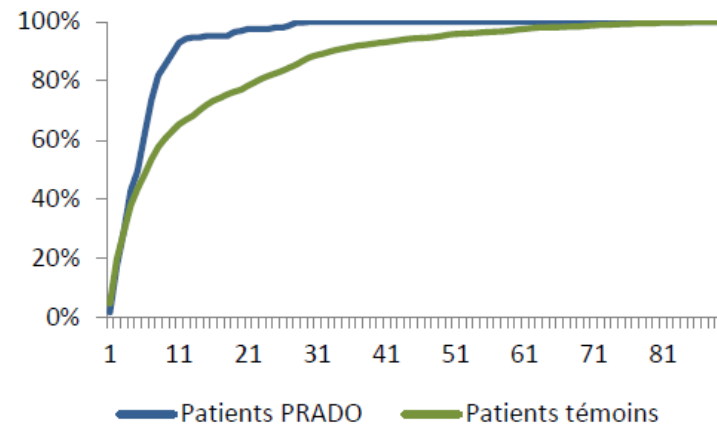
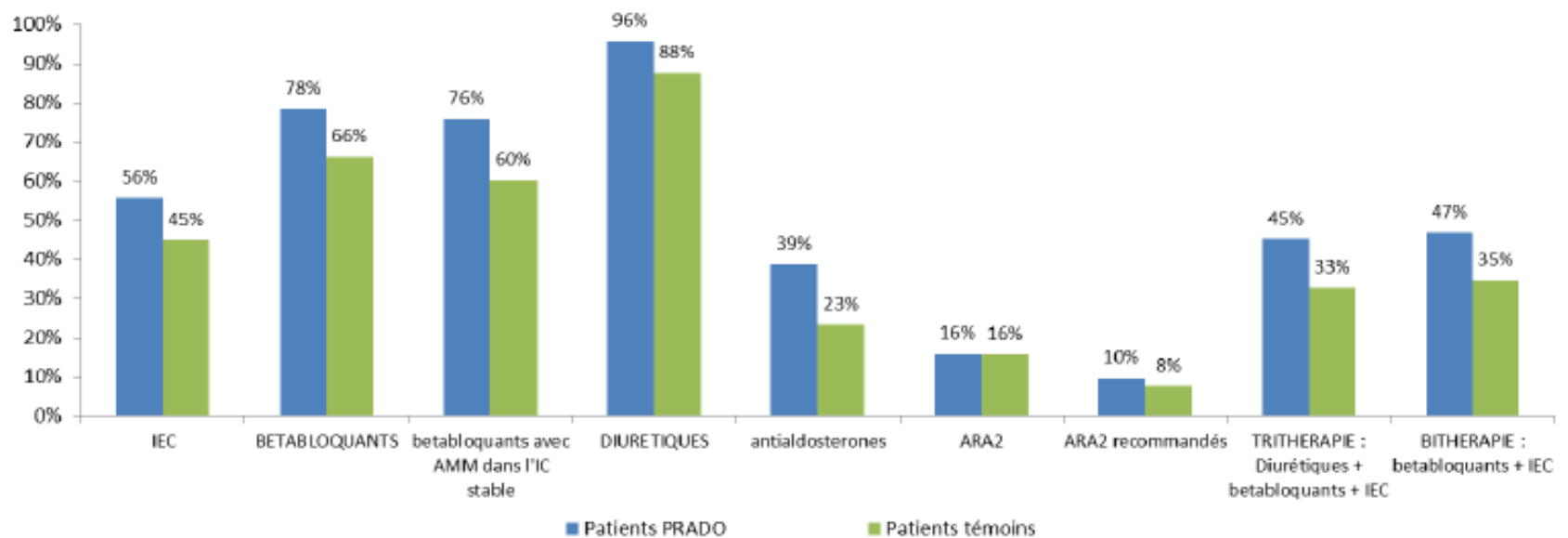


Figure 18 - Délai en jours de la première consultation de médecin en sortie d'hospitalisation



PRADO insuffisance cardiaque

Figure 19.- Proportion de patients avec un moins une consommation de traitements conseillés à 2 mois



PRADO insuffisance cardiaque

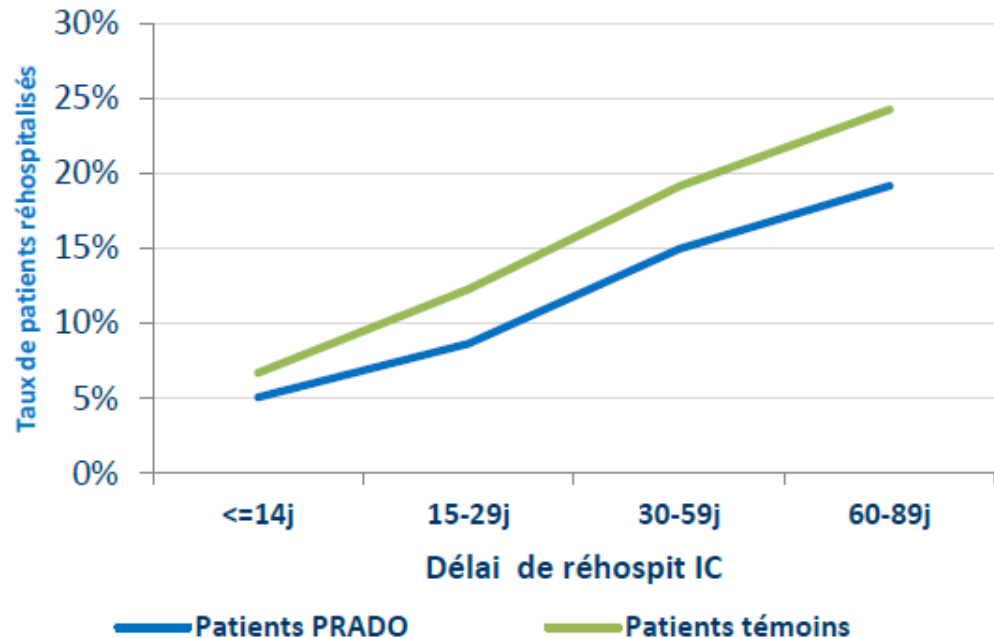
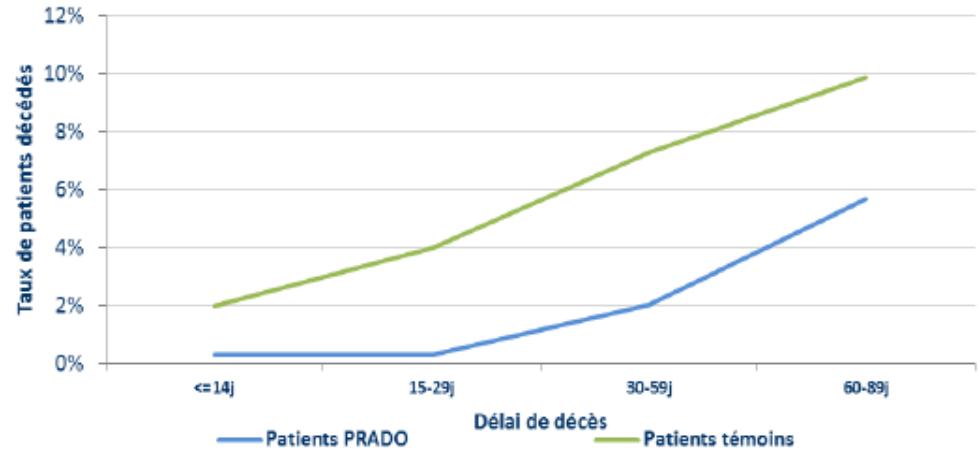
Baisse des taux de ré-hospitalisation et de décès chez les patients PRADO à 3 mois :

-22 % de ré-hospitalisations toutes causes,

-27 % pour les ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque,

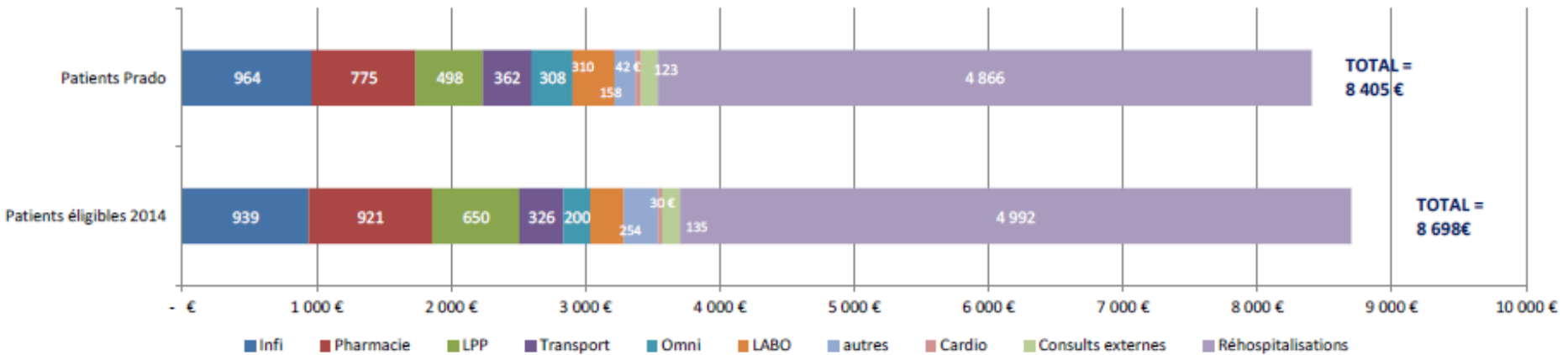
-73 % pour les décès.

Figure 20 - Taux de décès et de ré-hospitalisations à 3 mois



PRADO insuffisance cardiaque

Figure 21 - Parcours médico-économique des patients 6 mois après leur sortie d'hospitalisation



L'analyse du parcours médico-économique:

=> gain à 6 mois, pour les patients PRADO d'environ 300 €.

Organisation et financement du système de santé : article 51



Réforme organisation système de santé

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018:

- Expérimentation de nouvelles organisations de santé (nouveau financement)
- Amélioration du parcours patient
- Pertinence des prescriptions de produits de santé
- Dérogation aux règles de financement actuel

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lffs-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

Réforme organisation système de santé

Sont éligibles les expérimentations portant:

- Sur la coordination du parcours de santé
- La pertinence et la qualité de la prise en charge
- Structuration et accès aux soins

Mise en œuvre par arrêté interministériel au niveau national et ARS au niveau régional

Financement de nouvelles prestations

- exemple vaccination anti-grippe pharmacien

Réforme organisation système de santé

Exemple : Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France

ARS Hauts de France a autorisé une expérimentation article 51 visant à réduire la iatrogénie chez les plus de 75 ans en optimisant la prescriptions médicamenteuses

Durée de 4 ans (CHU de Lille et Amiens)

Recrutement en ville:

médecins traitants, IDE, pharmaciens (patient avec ≥ 10 médicaments)

BPM par pharmacien d'officine

=> consultation de gériatrie spécialisée + pharmacie clinique

Recrutement à l'hôpital après passage aux urgences, court séjour ou SRR

=> conciliation médicamenteuse et des pathologies actives

MEP d'un PPP avec transmissions au médecin traitant et pharmacien d'officine

RCP « optimisation médicamenteuse » entre équipe hospitalière et de ville

Réforme organisation système de santé

Exemple : Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France

Financement:

Cout 1 million d'euros sur 4 ans

3100 patients

Forfait global « d'optimisation médicamenteuse »

=> part hospitalière 200 euros

=> part ville 100 euros

=> part coordination 10 euros

Evaluation : taux de prescriptions inappropriées, hospitalisation passage aux urgences ...

Réforme organisation système de santé

Exemple : Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de

S

F

Années du projet	Nombre de patients inclus	<u>Financement dérogatoire FISS</u>			Total financement Dérogatoire
		Forfait global d'optimisation médicamenteuse = 350 euros par patient			
		Composante hospitalière : 200 euros/patient	Composante 'ville' : 100 euros/patient	Composante 'Coordination' : 50 euros/patient	
2020	300	60 000	30 000	15 000	105 000
2021	600	120 000	60 000	30 000	210 000
2022	1 000	200 000	100 000	50 000	350 000
2023	1 200	240 000	120 000	60 000	420 000
2020-2023	3 100	620 000	310 000	155 000	1 085 000

E

L

ge aux

REFORME DU FINANCEMENT DES SOINS



Instruction relative à la gradation des prise en charge ambulatoire



Hospitalisation de jour en médecine

Basée sur la notion d'interventions:

Intervention réalisée directement auprès du patient par les professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs

Pas de distinction entre acte technique et prestation intellectuelle

Prise en compte du « *contexte patient* »

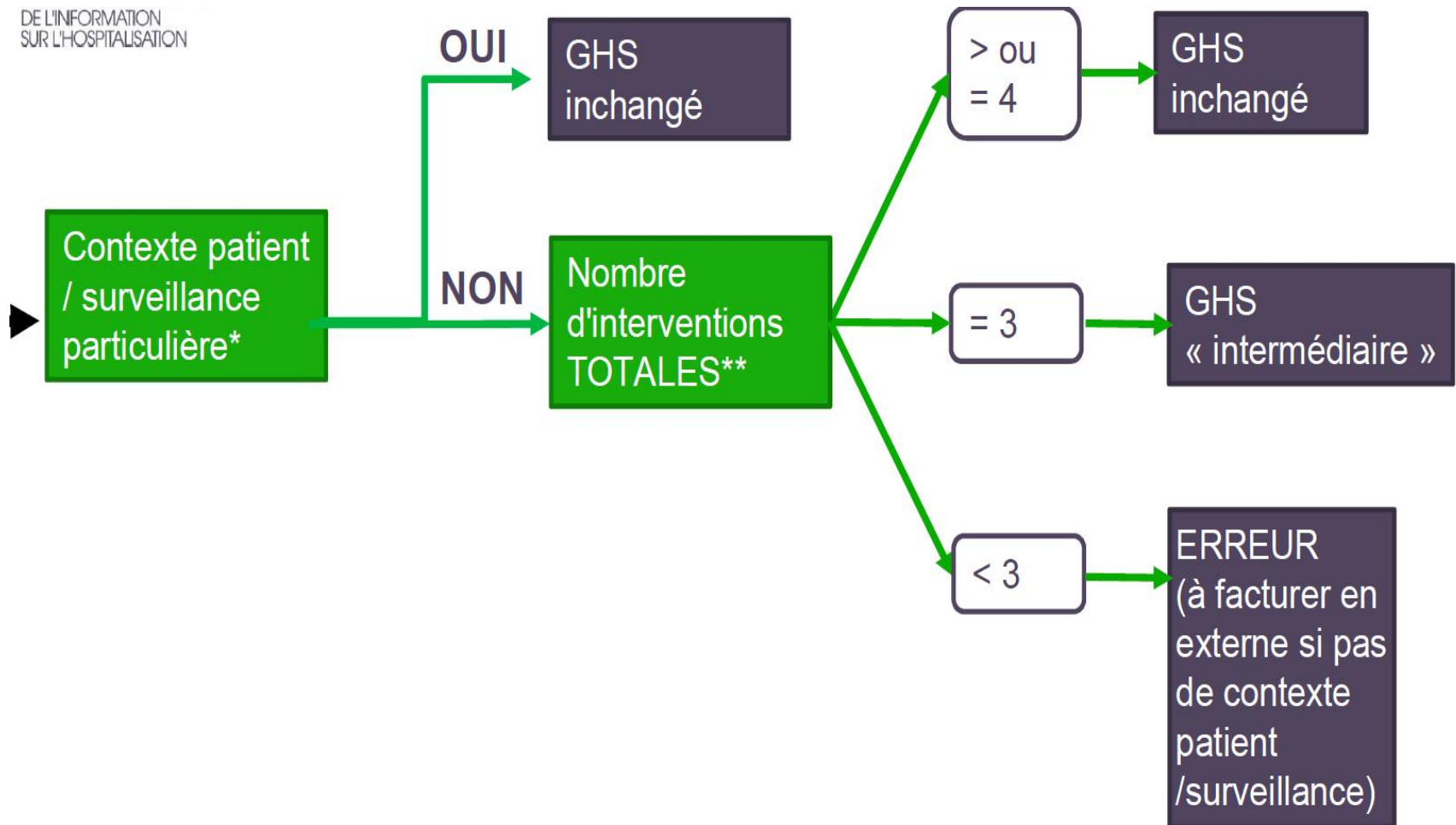
Fragilité, terrain à risque => majoration des effort de soins

Prise en compte de « *surveillance particulière* »

Prélèvement complexe, surveillance prolongée, isolement prophylactique

Prise en compte des médicaments de la réserve hospitalière

Hospitalisation de jour en médecine

DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

LE NOMBRE D'INTERVENTIONS POUR RAPPEL, LES DÉFINITIONS ACTÉES

↪ **L'intervention de l'ensemble des autres professionnels**, que leurs actes soient ou non nomenclaturés, est comptabilisée (médecins, sages-femmes, IDE, diététiciens, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants socio-éducatifs, intervenants sociaux, kinésithérapeutes...)

↪ **Focus télémédecine** : sont comptabilisés les actes de téléconsultation et de téléexpertise

↪ **Focus IDE** : l'IDE est comptabilisé(e) pour l'activité courante qu'elle réalise auprès du patient (soins de nursing, pansements/détersions...).

Par ailleurs, une intervention peut également être décomptée pour l'IDE qui réalise une action d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des IPA. Dans ce cas, il peut s'agir de la même personne ou de 2 personnes différentes : 2 interventions sont comptabilisées.

↪ **Focus médecin** : dans le cas où plusieurs médecins interviennent directement auprès du patient, ces médecins doivent relever de 2 spécialités ou surspécialités distinctes pour pouvoir être décomptés.

↪ **Focus pharmacien** : l'intervention du pharmacien qui réalise des entretiens pharmaceutiques dans le cadre de la pharmacie clinique est comptabilisée



Concept du CEPRIM

Repérage

Consultations

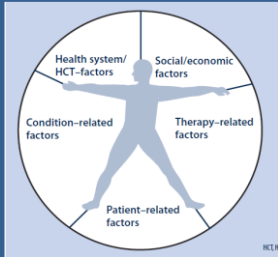
HC/HDJ

Ville

Rétrocessions

Critères
d'inclusion

Cas complexes



Intervention

PRIMO HDJ CEPRIM



Pharmacie



Psychologue



Assistante
sociale



Médecin

Quatre
intervenants

HDJ SUIVI CEPRIM

Au moins 3
intervenants

Suivi CHU
HDJ/Cs
Autres centres
experts Programmes
ETP

Suivi soins
primaires

Lien hôpital/ville: impact du pharmacien clinicien



Evaluation de l'impact du pharmacien

Programme de recherche clinique (PHRC)

Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)

Programme de recherche médico-économique (PRME)

...

Recherches sur l'offre, l'organisation des services de santé et le parcours des patients

- Améliorer l'efficacité puis l'efficacité de l'organisation des services de santé.
- Innovation organisationnelle
- Financer des recherches organisationnelles, interventionnelles ou non garantissant un haut niveau de preuve et à caractère généralisable

Ces recherches doivent permettre aux décideurs d'orienter la politique de santé pour améliorer le système de santé.

Evaluation de l'impact du pharmacien

Exemples PREPS 2018 et 2017 financés

Porteur de projet	Porteur de projet	Nom de l'établissement de santé	Acronyme	Titre du projet	Autorisation d'engagement
Bedouch	Pierrick	CHU GRENOBLE ALPES	OCTOPUS	Organisation territoriale de la prise en charge médicamenteuse au cours du parcours de soins des patients	581 269 €
Grude	Francoise	INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE L'OUEST	IPPACTTO	Intervention pharmaceutique dans le Parcours de soins coordonné du PATient atteint de Cancer et Traité par Thérapie Orale	283 215 €
Pourrat	Xavier	CHU TOURS	GRePH	Mise en place d'un Plan Pharmaceutique Personnalisé chez les patients transplantés rénaux et/ou hépatiques	848 128 €


Porteur de projet	Porteur de projet	Nom de l'établissement de santé	Acronyme	Titre du projet	Autorisation d'engagement
CESTAC	Philippe	CHU TOULOUSE	BIMEDOC	Bilan de MEDication chez les sujets âgés: Optimisation des traitements via une approche Collaborative entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes.	691 404 €
HONORÉ	Stéphane	AP-HM	TEM-EHPAD	Impact d'une Télé-Expertise Médicamenteuse sur le taux d'hospitalisation à 3 mois de patients résidents en EHPAD	402 664 €
VILLIET	Maxime	CHU MONTPELLIER	URGEIM	Evaluation de l'intérêt d'un lien optimisé ville-hôpital sur le taux de réadmission aux urgences pour évènement indésirable médicamenteux (EIM): étude contrôlée randomisée.	297 582 €

STUDY PROTOCOL

Open Access

Impact of a medico-pharmaceutical follow-up and an optimized communication between hospital and community on the readmission to the emergency department for an adverse drug event: URGEIM, study protocol for a randomized controlled trial



Cyril Breuker^{1,2*†} , Marie Faucanié^{3†}, Marion Laureau^{1,4}, Damien Perier⁴, Véronique Pinzani⁵, Grégory Marin³, Mustapha Sebbane⁴ and M. Villiet¹

Abstract

Background: Adverse drug events (ADE) represent one of the main causes of admission to emergency department (ED). Their detection, documentation, and reporting are essential to avoid readmission.

We hypothesize that a pharmacist-initiated multidisciplinary transition of care program combining ED pharmacist contribution and medications' data transfer between inpatient and outpatient caregivers will reduce emergency visits related to ADE

Method/design: This is a prospective, open-label, randomized controlled trial. The primary aim of the study is 6-month ED readmission related to the same ADE. Three hundred forty-six adult patients with an ADE detected by a binomial pharmacist-physician will be recruited from the ED of an University Hospital and will be randomized in two groups: [1] experimental group (multidisciplinary transition of care program and medications' data transfer between inpatient and outpatient caregivers) and [2] control group (usual care). Patients will be followed up over a period of 6 months. Endpoints will be carried out blindly of the randomization arm. The primary endpoint is the rate of patients who had at least one readmission in the ED for the same reason at 6 months (data collected during a phone call with the patient and the general practitioner). Trials registered NCT03725046.

Discussion: The trial results will have implications for the role of the clinical pharmacist in an emergency department. If successful, the intervention could be considered for implementation across other hospitals.

Trial registration: [ClinicalTrials.gov NCT03725046](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03725046). Registered on 30 October 2018

Keywords: Emergency department, Pharmacist, Adverse drug event

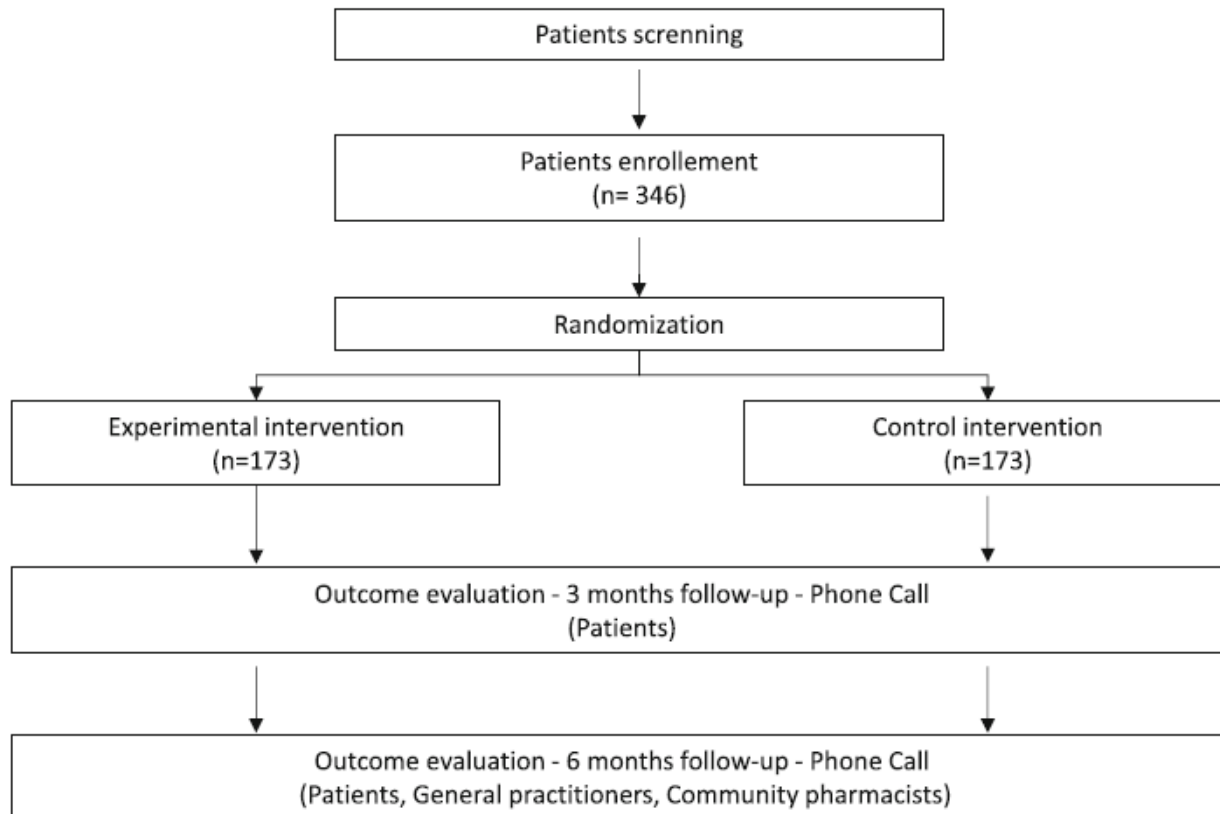


Fig. 1 Study flow chart

	Study period			
	Enrolment and allocation	Post allocation		
TIMEPOINT	t0	Up to 72 hours after discharge	M3	M6
ENROLMENT				
Best Possible Medication History and ADE detection	X			
Eligibility screen	X			
Informed consent	X			
Random allocation	X			
INTERVENTIONS				
Experimental intervention : Specific ADE alert sent to general practitioner and letter of discharge		X		
Control intervention : Letter of discharge		X		
OUTCOMES EVALUATION (Phone calls)				
Endpoints (patient and general practitioner)			X	X
Satisfaction of community pharmacist and physicians (experimental intervention only)				X
ADE, Averse Drug Event				

Conclusions :

Raisonner en parcours centré sur le patient

Meilleure coordination des professionnels entre eux

Accompagnement personnalisé et coordonné du malade

Partager les informations entre professionnels

Place importante du pharmacien et de la pharmacie clinique

BMO / conciliation

Entretien pharmaceutique (ETP, adhésion ...)

Lien hôpital-ville (courrier pharmaceutique)

Nouveaux modes de financement