

Prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé

Pr DAUMAS Aurélie

Service Médecine interne, Gériatrie, post-urgences

CHU Timone, Marseille

Journée
OMÉDIT PACA CORSE

Optimisation de la prise
en charge
médicamenteuse



05 décembre 2023

Conflits d'intérêts

- I. Co-investigatrice PREPS ConRehosp : Impact de la conciliation des traitements médicamenteux sur la ré-hospitalisation évitable
- II. Co-investigatrice PREPS TEM-EHPAD : Impact d'une Télé-Expertise Médicamenteuse Hospitalière sur le taux d'hospitalisations non programmées à 3 mois de patients résidents en EHPAD

Introduction

IATROSTAT 2022

Doublement entre 2006 et 2018 des admissions à l'hôpital pour EIM

~ 8,5 patients/100 hospitalisés pour EIM

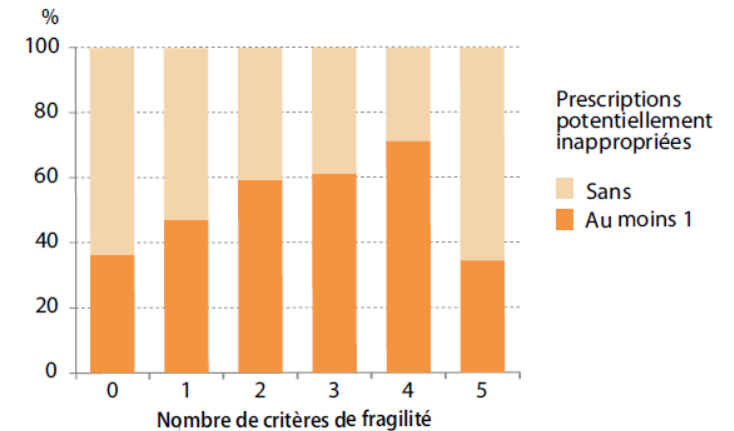
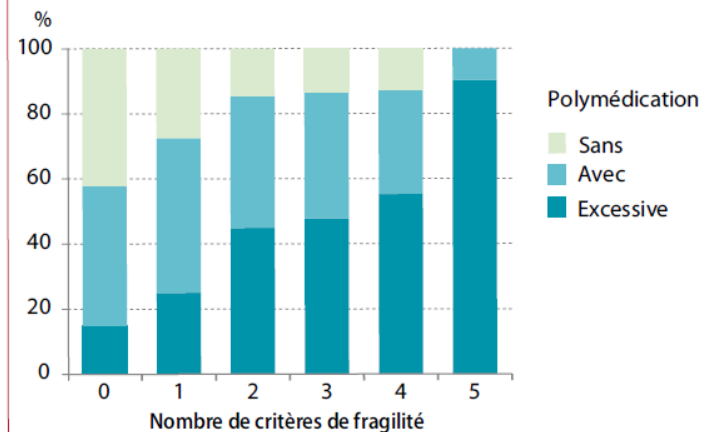
Iatrogénie médicamenteuse évitable dans 16,1% des cas

Corrélation à l'âge, plus fréquente chez les personnes âgées



G

Prévalence de la polymédication et des PPI en fonction du nombre de critères de fragilité (N = 1 890)



Sources : ESPS, EGB 2012 ; Insee, Cnam.
Copyright : Éditions Springer, 2017.

[Télécharger les données](#)

Problématique de la continuité médicamenteuse en gériatrie

- 97 patients sur 2 mois en 2022 âge : $80,3 \pm 12,2$ ans
- Inclus :
 - passés par les urgences
 - patients hospitalisés ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée dans le service
 - ≥ 1 traitement chronique
 - **85,6% des patients ont un historique médicamenteux erroné**
 - **75,2% des patients = au moins 1 médicament omis**
 - **40% des patients = au moins une dose et/ou posologie manquante**
 - **22,7% des patients = au moins 1 médicament en trop**
 - **12% des patients = au moins 1 dose erronée**

Problématique des points de transitoire du parcours de soins

- I. 19 à 75% des patients présenteraient au moins une divergence non intentionnelle (DNI) de prescription par rapport à leurs traitements habituels à l'admission ¹
- II. Jusqu'à 56% des prescriptions de sortie avec ≥ 1 DNI ²

Conciliation médicamenteuse

Conciliation médicamenteuse : démarche pour lutter contre la iatrogénie liée aux erreurs médicamenteuses c`ad aux divergences non intentionnelles (DNI)

telles que l'interruption inappropriée des médicaments du domicile lors de l'admission du patient, le changement erroné des doses ou des formes galéniques ou des modalités d'administration, la duplication des principes actifs, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments, l'absence de reprise des traitements habituels du patient à sa sortie

Conciliation médicamenteuse

« La conciliation des traitements médicamenteux est un **processus formalisé** qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une **coordination pluri-professionnelle**. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la **transmission d'informations** complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »



**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

févr. 2018

Mise en pratique à l'

ENTREE

1. Réalisation du bilan médicamenteux

Croiser au moins 3 sources d'information, et autant que de besoin en cas de discordances

CM proactive ou rétroactive

Acteurs formés



Si conciliation rétroactive

2. Comparaison du bilan médicamenteux avec la prescription d'entrée

3. Echange avec le prescripteur pour corriger les DNI et justifier les DI

Annexe 4. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT)

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance : / /
 IPP :

Nom du service :
 Numéro de chambre :

Médecin traitant :
 Infirmier à domicile :
 Pharmacien d'officine :
 EHPAD :

Conciliation faite le					entre*					et**		Processus de conciliation :		
Bilan médicamenteux					Ordonnance du					<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif				
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N				

Mise en pratique à la

SORTIE

1. Formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie du patient
2. Justifier les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation dans le CRH

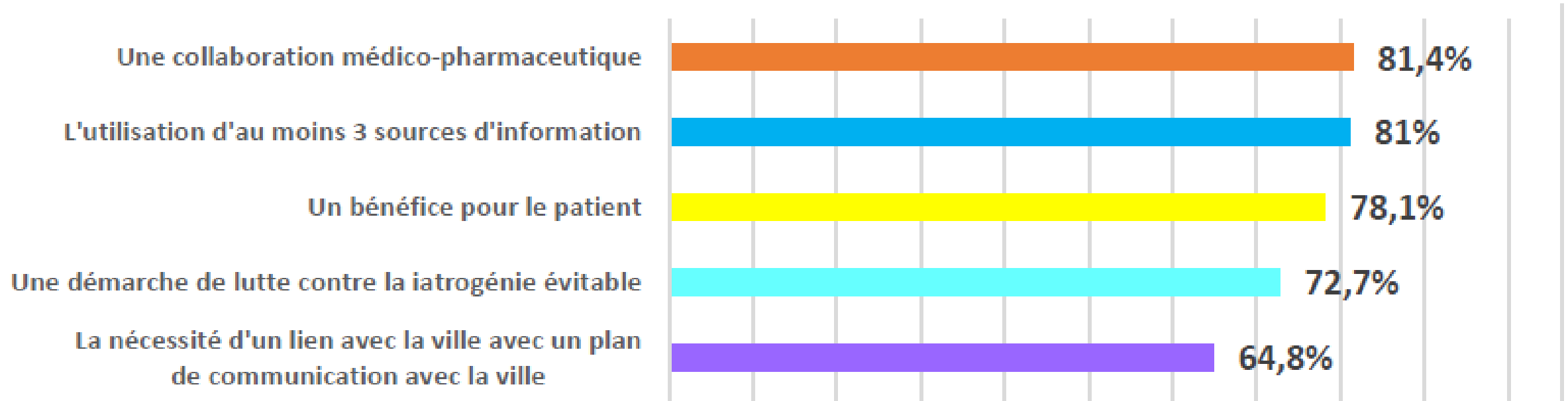
Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)

3. Entretien avec le patient + plan pharmaceutique personnalisé

Conciliation médicamenteuse ≠ Révision des thérapeutiques

- I. La révision consiste à s'assurer de l'adéquation entre état physio-pathologique et la stratégie thérapeutique
- II. La révision est plus efficiente si une conciliation médicamenteuse a été réalisée en amont
- III. La conciliation médicamenteuse va permettre d'expliquer les modifications du traitement intentionnelles en lien avec la révision des thérapeutiques et/ou la/les pathologie(s) en cours

Enquête HAS sur le déploiement de la CM dans les établissements de santé fin 2019



Limites organisationnelles

FREINS

Chronophage

Disponibilité des professionnels
CM de sortie difficilement anticipable

Systèmes d'information/logiciel métier
inadaptés

Méthodologie complexe à mettre en œuvre

Relations insuffisantes entre professionnels
ville et hospitaliers

LEVIERS

CM proactive = gain de temps
Priorisation des patients ?

Préparateurs en pharmacie – IPA

Constat HAS – Evolution des logiciels de
prescription en cours

Formations DPC disponibles
« Formaconcil » SFPC

Le dossier patient informatisé
L'accès au dossier pharmaceutique
Développement des activités de PC
Messageries électroniques sécurisées

Impact : réduction des erreurs médicamenteuses

- L'erreur principalement évitée est l'omission d'un médicament
- puis les erreurs de dosage
- Sont surtout concernés les médicaments cardiovasculaires, antithrombotiques et du SNC
- 37 à 67% des erreurs sont considérées comme significatives
- 8 à 12% des erreurs sont considérées comme majeures

SFPC a proposé une échelle de cotation comportant 5 niveaux :

1. mineure (sans conséquence pour le patient)
2. significative (requiert une surveillance accrue pour le patient)
3. majeure (à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible)
4. critique (à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible)
5. catastrophique (mise en jeu potentiel du pronostic vital ou décès du patient)

Harang C et al. Rev Med Interne 2018
Masse M et al. Intern Emerg Med 2021
Dufay E et al. Eur J Hosp Pharm 2016
Fouquier et al. Rev Med Interne 2018
De Morel M et al. Rev Med Interne 2018

Impact : réduction des erreurs médicamenteuses

- L'erreur principalement évitée est l'omission d'un médicament
- puis les erreurs de dosage
- Sont surtout concernés les médicaments cardiovasculaires, antithrombotiques et du SNC
- 37 à 67% des erreurs sont considérées comme significatives
- 8 à 12% des erreurs sont considérées comme majeures

SFPC a proposé une échelle de cotation comportant 5 niveaux :

1. mineure (sans conséquence pour le patient)
2. significative (requiert une surveillance accrue pour le patient)
3. majeure (à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible)
4. critique (à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible)
5. catastrophique (mise en jeu potentiel du pronostic vital ou décès du patient)

Harang C et al. Rev Med Interne 2018
Masse M et al. Intern Emerg Med 2021
Dufay E et al. Eur J Hosp Pharm 2016
Fouquier et al. Rev Med Interne 2018
De Morel M et al. Rev Med Interne 2018

Quid de l'impact sur la morbi-mortalité ?

Etude ConReHosp

PREPS 2014 Pr S. HONORE

Impact de la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie sur la ré-hospitalisation et/ou le décès à 30 jours

Population à risque de iatrogénie et souvent non autonome pour la prise des médicaments

- sujets âgés de moins de 18 ans et de plus de 65 ans
- hospitalisés dans le service de pédiatrie multidisciplinaire Pr TSIMARATOS ou le service de post-urgences du Pr VILLANI (AP-HM) quel que soit le motif d'admission

Etude ConReHosp

Etude prospective, randomisée, ouverte

- Groupe expérimental : Réalisation d'une conciliation médico-pharmaceutique + entretien patient + courrier liaison MT et appel de l'officine
- Groupe contrôle : Prise en charge habituelle non modifiée

	Intervention group n= 346	Control group n= 341
Children No. (%)	155 (44.8)	151 (44.3)
Adults No. (%)	191 (55.2)	190 (55.7)
Age median [IQR]	76.0 [10.5-87.1]	76.9 [11.2-88.4]
Sex-ratio M/F No. (%)	129 (37.3) / 217 (62.7)	149 (43.7) / 192 (56.3)

(données en cours publication)

Etude ConReHosp

(données en cours publication)

	Intervention group n= 346	Control group n= 341	Odds ratio (95% confidence interval)	P-values
Primary outcome No. (%) MD= 59	MD=48	MD=11		
Composite rate of all-cause readmissions, all cause ED visits and all-cause deaths 30 days after patient discharge	37 (12.4)	63 (19.1)	0.60 (0.39 to 0.93)	0.022
Individual components of primary outcome No. (%) MD= 59	MD=48	MD=11		
All-cause readmissions	32 (10.7) MD=47	38 (11.6) MD=14)	0.91 (0.55 to 1.5)	0.716
All-cause ED visits	17 (5.7) MD=49	31 (9.7) MD=20	0.57 (0.31 to 1.05)	0.068
All-cause deaths	2 (0.7)	10 (3.0)	0.22 (0.05 to 0.99)	0.032

Etude ConReHosp

(données en cours publication)

	Intervention group n= 346	Control group n= 341	Odds ratio (95% confidence interval)	P-values
Number of consultations per patient with a:				
General practitioner	0.66±0.93 (MD= 83)	0.86±1.1 (MD= 48)		0.027
Specialist	0.49±0.86 (MD= 87)	0.52±0.84 (MD=60)		0.51
Patient satisfaction with drug treatment Score 0-100	78.1±16.9 (MD= 104)	77.2±17.4 (MD= 83)		0.56
Rate of continued prescription of indicated therapies 30 days after discharge %	78.7±26.7 (MD= 120)	72.6±30.9 (MD= 102)		0.025

Effects of a Multimodal Transitional Care Intervention in Patients at High Risk of Readmission: The TARGET-READ Randomized Clinical Trial

Jacques Donzé^{1 2 3 4}, Gregor.
Alexandre Gouveia¹⁰, Marie Mé

Design, setting, and participants: A single-blinded, multicenter randomized clinical trial was conducted from April 2018 to January 2020, with a 30-day follow-up in 4 medium-to-large-sized teaching hospitals in Switzerland. Participants were consecutive patients discharged from general internal medicine wards and at higher risk of unplanned readmission based on their simplified HOSPITAL score (≥ 4 points). Data were analyzed between April and September 2022.

Interventions: The intervention group underwent systematic medication reconciliation, a 15-minute patient education session with teach-back, a planned first follow-up visit with their primary care physician, and postdischarge follow-up telephone calls from the study team at 3 and 14 days. The control group received usual care from their hospitalist, plus a 1-page standard study information sheet.

Main outcomes and measures: Thirty-day postdischarge unplanned readmission or death.

Results: A total of 1386 patients were included with a mean (SD) age of 72 (14) years; 712 (51%) were male. The composite outcome of 30-day unplanned readmission or death was 21% (95% CI, 18% to 24%) in the intervention group and 19% (95% CI, 17% to 22%) in the control group. The intention-to-treat analysis risk difference was 1.7% (95% CI, -2.5% to 5.9%; $P = .44$). There was no evidence of any

Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission A Randomized Clinical Trial

Lene Vestergaard Ravn-Nielsen ¹, Marie-Louise Duckert ¹, Mia Lolk Lund ¹,

Jolene Pilegaard H
Thomas Croft Buck

Design, setting, and participants: This randomized clinical multicenter study (Odense Pharmacist Trial Investigating Medication Interventions at Sector Transfer [OPTIMIST]) enrolled patients from September 1, 2013, through April 23, 2015, with a follow-up of 6 months completed on October 31, 2015. Consecutive medical patients in an acute admission ward who were 18 years or older and who used 5 or more medications were invited to participate. Of 1873 patients invited to participate, 1499 (80.0%) accepted. The medication review and patient interview were conducted in the hospital and followed up in collaboration with primary care. Analysis was based on intention to treat.

Interventions: The patients were randomized into 3 groups receiving usual care (no intervention), a basic intervention (medication review), and an extended intervention (medication review, 3 motivational interviews, and follow-up with the primary care physician, pharmacy, and nursing home).

Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission

A Randomized Clinical Trial

Lene Vestergaard Ravn-Nielsen¹, Marie-Louise Duckert¹, Mia Lolk Lund¹,

Jolene Pilegaard H

Thomas Croft Buck

Main outcomes and measures: The prespecified primary outcomes were readmission within 30 or 180 days and ED visits within 180 days. The primary composite end point was readmission or an ED visit within 180 days. Secondary outcomes were drug-related readmissions within 30 and 180 days after inclusion, and all-cause mortality and drug-related mortality.

Results: A total of 1467 patients (679 men [46.3%] and 788 women [53.7%]; median age, 72 years; interquartile range, 63-80 years) were part of the primary analysis, including 498 randomized to usual care, 493 randomized to the basic intervention, and 476 randomized to the extended intervention.

The extended intervention had a significant effect on the numbers of patients who were readmitted within 30 days (hazard ratio [HR], 0.62; 95% CI, 0.46-0.84) or within 180 days (HR, 0.75; 95% CI, 0.62-0.90) after inclusion and on the number of patients who experienced the primary composite end point (HR, 0.77; 95% CI, 0.64-0.93). The study showed a nonsignificant reduction in drug-related

Comparaison à la littérature

- Ceshi et al. JAMA Netw Open 2021

Population à haut risque iatrogénique

1702 patients suisses âgés de 85 ans ou plus et/ou ayant plus de 10 médicaments

CM à l'entrée vs prise en charge médicale classique

Pas de différence sur réadmissions non programmées dans les 30 jours (p=0,93)

- Bajeu et al. BMC Geriatr 2022

Focalisation sur EIM

377 Patients > 65 ans MI, gériatrie, pneumologie, SSR

CM à l'entrée + CM de sortie vs CM qu'à l'entrée

Pas de différence sur le taux de passage aux urgences, réadmissions ou décès dans les 30 jours pour EIM

Limites en termes d'évaluation du bénéfice

FREINS	LEVIERS
Continuité médicamenteuse à la sortie = Maintien des changements thérapeutiques	Améliorer la communication entre l'hôpital et la ville. Messageries sécurisées. Place de l'IPA
Méthodologies variées	Essais randomisés multicentriques en cluster pour limiter biais de contamination
Populations hétérogènes	Démontrer le bénéfice en priorité pour les patients les plus à risque
Analyse médico-économique indispensable	Si bénéfice financier recrutement possible

Conclusion

- I. CM = outil essentiel de la sécurisation de la prise en charge des patients âgés
- II. Mise en œuvre doit s'appuyer sur les recommandations de la HAS
- III. Déploiement intégré dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- IV. Permet détection d'erreurs médicamenteuses ayant un préjudice potentiel
- V. Besoin d'études multicentriques pour confirmer l'impact de la CM sur la morbi-mortalité
- VI. Enjeu médico-économique important afin de pérenniser cette activité

Remerciements

Florian Correard

Clémence Tabélé

Héloïse Capelle

Stéphane Gayet

Karine Baumstarck

Rachel Reynaud

Ilyes Hamouda

Thomas Di Mascio

Pierre Levèque

Magali Pelleray

Nirvina Gobin

Maeva Montaleytang

Pierre Renaudin

Guillaume Hache Marie-Anne Estève

Pascal Auquier

Robin Arcani

Rousset-Rouvière Caroline

Michel Tsimaratos

Patrick Villani

Stéphane Honoré

Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, ne les prenons pas à la légère.

ansm

Une perceuse, ça se prête entre voisins. Pas les médicaments.

Les médicaments conseillés par des proches peuvent ne pas être adaptés pour vous, voire être dangereux. Demandez conseil à vos professionnels de santé.

Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, **ne les prenons pas à la légère.**



ansm

Les épices, ça marche bien quand on les mélange. Pas les médicaments.

Les médicaments peuvent interagir entre eux, avec des conséquences graves sur votre santé. Demandez conseil à vos professionnels de santé et dites-leur quels médicaments vous prenez déjà.

Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, **ne les prenons pas à la légère.**



ansm

Une série, ça s'arrête quand on le souhaite. Pas les médicaments.

Les médicaments sont prescrits ou conseillés avec une dose, une fréquence et une durée déterminée. Ne pas les respecter peut rendre le traitement inefficace voire dangereux.

Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, **ne les prenons pas à la légère.**

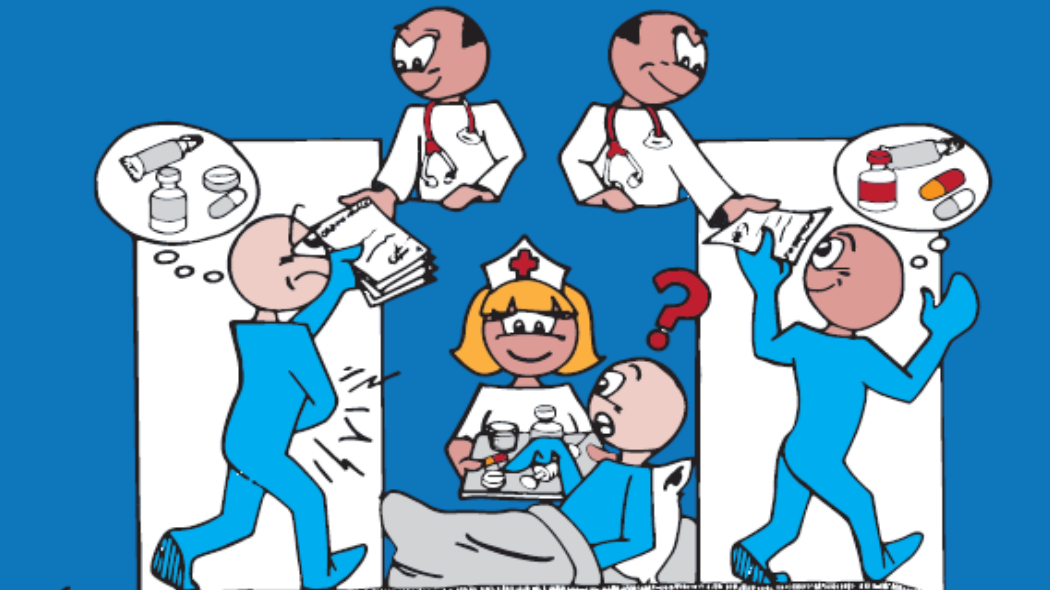


ansm

Une momie, ça se conserve éternellement. Pas les médicaments.

Les médicaments mal conservés ou périmés peuvent perdre en efficacité ou être contaminés par des bactéries. Ceux qui sont non utilisés, périmés ou dont l'aspect a changé doivent être rapportés en pharmacie.

Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, **ne les prenons pas à la légère.**

ENTRÉE → **HOSPITALISATION** → **SORTIE**

Je donne toutes mes ordonnances au médecin

Je lui indique :

- mes médecins et ma pharmacie habituels
- les autres produits que je prends régulièrement (tisanes, vitamines...)

Pendant mon séjour :

Je pose des questions pour comprendre mon traitement

J'ai compris quels médicaments je dois continuer à prendre chez moi

Je rapporte tous les autres à ma pharmacie

Je discute des modifications avec mon médecin traitant

POUR MA SANTÉ, JE PRENDS LES BONS MÉDICAMENTS AU BON MOMENT