

Parcours IATROPREV

Dr Aurélie Terrier-Lenglet,
Pharmacien MCU-PH CHU Amiens-Picardie

Pr Jean Baptiste Beuscart
Gériatre, PU-PH, CHU Lille



Ma vie évolue... mon traitement aussi !



+ de
75 ans ?
+ de
10 médicaments ?

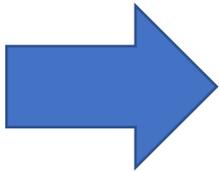
**Optimiser votre traitement,
c'est possible !**

**demandez conseil à votre médecin
et à votre pharmacien**

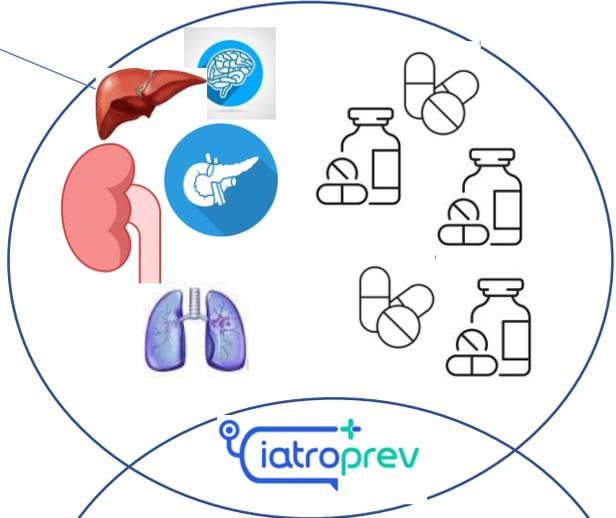
Pourquoi IATROPREV?



Caractéristiques du patient
Âge, sexe, comorbidités, polymédication, sd. gériatriques



Risque Iatrogène
important



Contexte & organisation structurelle des soins
Communication, transmission des informations ville-hôpital



Présentation

• Loi de financement de la sécurité sociale de 2018 permettant d'expérimenter de nouvelles organisations dans le domaine de la santé

• Acteurs et support

• Porteurs du projet

• Gériatrie – Pharmacie – Pharmacologie



• Partenaires URPS Pharmaciens et Médecins libéraux

• Facultés de médecine et pharmacie

• Soutien de l'ARS – Assurance Maladie



Objectifs



- **L'optimisation médicamenteuse** dans la perspective de **réduire le risque iatrogène** chez les personnes âgées polymédiquées
- Une meilleure **coordination des soins entre la ville et l'hôpital** grâce à un partage d'informations et la mise en place de **concertations inter-professionnelles** entre les différents acteurs de soins.



Parcours



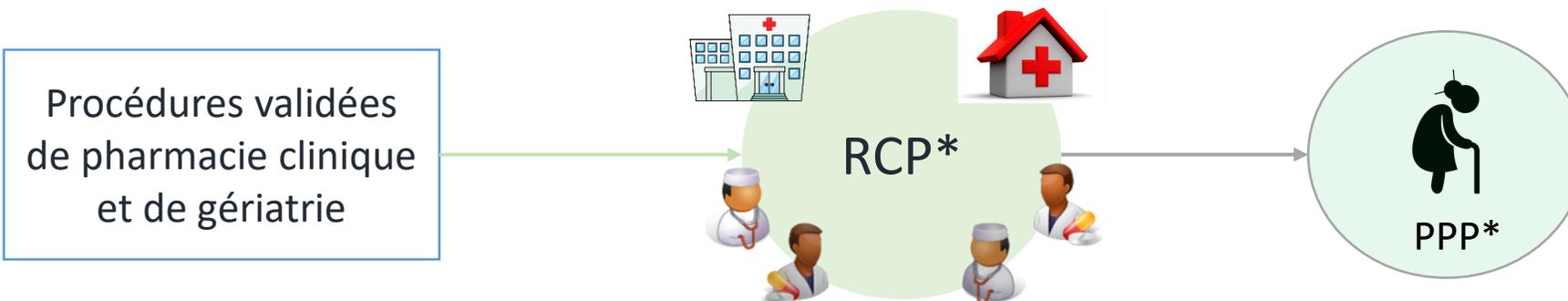
Points clés



Objectif de sécurité du parcours de santé de la personne âgée fragile avec une préoccupation particulière concernant les médicaments prescrits chez ces patients

Créer une **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** entre l'équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) et les professionnels du soins premiers (médecin traitant et pharmacien d'officine) dédiée à l'optimisation médicamenteuse

Elaborer un **plan pharmaceutique personnalisé**/plan personnalisé de soins



Résultats



Juillet 2024 : fin des inclusions



Porte d'entrée hospitalière



Porte d'entrée ville

Amiens (+Abbeville)	185	25	210
Lille (+ Roubaix et Armentières)	291	20	311
Total	476	45	521



Résultats



Fév 21 – Oct 23

Patients repérés
n=767

Patients inclus
n=453

Non-inclus n=314

- Refus de médecin traitant n=144
- Pb d'organisation de la RCP n=66
- Changement parcours de soins n=74
- Autres n=30



Résultats



Fév 21 – Oct 23



~86 ans



63%



~ 10

Patients repérés

n=767

Patients inclus

n=453

Non-inclus n=314

- Refus de médecin traitant n=144
- Pb d'organisation de la RCP n=66
- Changement parcours de soins n=74
- Autres n=30



Résultats



Fév 21 – Oct 23



~86 ans



63%



~ 10

Recommandations	RCP
Révisions thérapeutiques	3 826 (80%)
Suivi clinico-biologiques	381 (8%)
Vaccinations	348 (7%)
Gestion de traitements	240 (5%)
Total	4 795

14/patients



Résultats



Fév 21 – Oct 23



~86 ans



63%



~ 10

Recommandations	RCP
Révisions thérapeutiques	3 826 (80%)
Suivi clinico-biologiques	381 (8%)
Vaccinations	348 (7%)
Gestion de traitements	240 (5%)
Total	4 795

14/patients

Révision thérapeutique	n = 3 826
Introduit et à réévaluer/Ajouté	1513 (40%)
Arrêté/Indication à réévaluer	1520 (40%)
Modifié/Substitué	793 (20%)



Résultats



Fév 21 – Oct 23



~86 ans



63%



~ 10



45j



90j

Patients repérés

n=693

Patients inclus

n=339

Vivants et suivis

n=312

Vivants et suivis

n=290

Non-inclus n=354

- Refus de médecin traitant n=153
- Pb d'organisation de la RCP n=94
- Changement parcours de soins n=74
- Autres n=33

Exclus

- Décédés n=17
- Réhospitalisés n=5
- Institutionnalisés/perdus de vue n=5

Exclus

- Décédés n=18
- Réhospitalisés n=2
- Institutionnalisés / perdus de vue n=2





Fév 21 – Oct 23

Suivi des recommandations à 45 et 90j après la RCP

Type de recommandations	RCP	J45		J90	
Révisions thérapeutiques	3826	2890	91%	2259	88%
Suivi clinico-biologique	381	170	65%	786	79%
Vaccination	348	145	60%	277	65%
Gestion de traitements	240	116	66%	139	72%
Total	4795	3472*	85%	3350*	85%

* Calcul incluant les données manquantes liées aux perdus de vue (décès, EHPAD, hospitalisation, etc.)





Analyse comparative cas - témoins



211 cas



549 témoins

SNDS

Age (<85, [85-90[, ≥90)

Sexe

Comorbidités (score de Charlson <3 / ≥3)

Hospitalisation en MCO gériatrique/ SSR

Année de l'hospitalisation 2021-2023

Nombre de molécules délivrées 3 mois avant l'hospitalisation (≤ 10 / > 10)





Analyse comparative cas - témoins

Effectif étudié : Patients avec sortie du séjour index avant le 1er juillet 2023 et non décédés dans les 30 jours	Cas n = 205	Témoins n = 527	p-value
Réhospitalisations en MCO à 30 jours	9 (4,4%)	61 (11,6%)	0,0030
Durée de séjour cumulée des hospitalisations complètes débutant dans les 30 jours suivant la date de fin du séjour de référence			0,0893
Moyenne (écart-type)	4,6 (3,7)	8,4 (6,8)	
Médiane / Min / Max	3,0 / 1,0 / 13,0	7,0 / 1,0 / 36,0	
Au moins une hospitalisation de jour débutant dans les 30 jours suivant la date de fin du séjour de référence	4 (2,0%)	13 (2,5%)	0,7908
Réhospitalisations en SSR à 30 jours	4 (2,0%)	20 (3,8%)	0,2084
<u>Passage aux urgences à 30 jours</u>			
Au moins un passage aux urgences suivi ou non d'une hospitalisation dans les 30 jours suivant l'inclusion	28 (13,7%)	84 (15,9%)	0,4415
Au moins un passage aux urgences suivi d'une hospitalisation dans les 30 jours suivant l'inclusion	12 (5,9%)	63 (12,0%)	0,0145
Décès			
Patients décédés dans les 30 jours	6 (2,8%)	22 (4,0%)	0,4457



Résultats

Evaluation satisfaction



17 entretiens

« J'ai pu poser toutes les questions qui me trottaient dans la tête. »

« Mes traitements s'empilaient les uns sur les autres. »

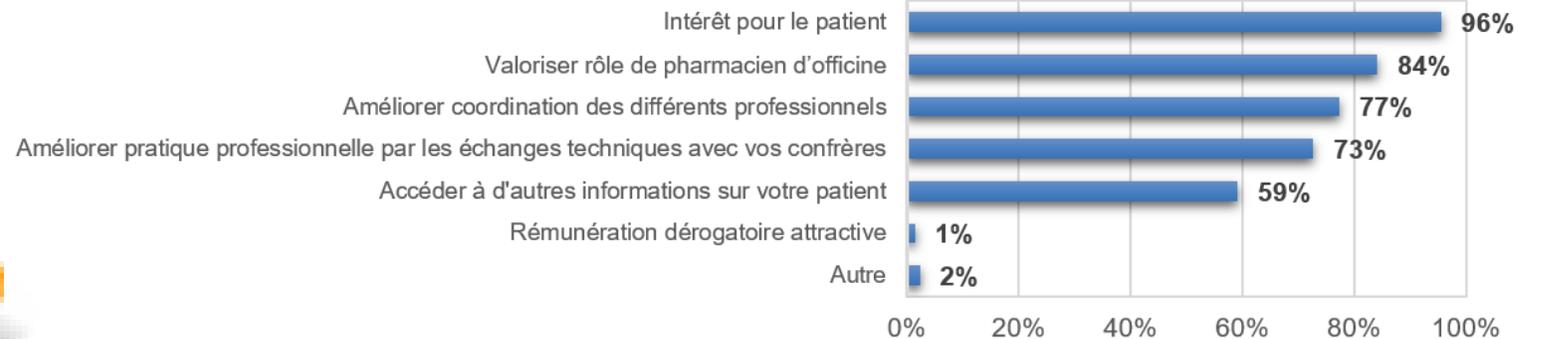
« Les échanges étaient clairs, j'ai été informé du changement. »

« Je me souviens plus exactement des discussions mais on m'a supprimé un médicament ça me semblait justifié. »

« Ça s'est bien passé, on a tenté ça n'a pas marché, mais c'est comme ça qu'on avance »



Figure 5. Motivations initiales pour participer à l'expérimentation (N=44) (enquête en ligne)



■ Pourcentage d'officinaux pour lesquels c'est l'une des motivations initiales



Résultats – Avis des libéraux



Résultats de l'enquête en ligne diffusée auprès de 197 PhO
(N=45 répondants)

8,1/10

Niveau de satisfaction générale

8,5/10

Intérêt et pertinence du PPP issu de la RCP

7,5/10

Niveau de coopération entre les professionnels de ville et les professionnels hospitaliers

5,2/10

Utilisation du SI BIMEDOC pour le suivi des patients

Parmi les MG interrogés (N=9) :

- Des **échanges jugés pertinents et nécessaires à l'unanimité** : « on a toujours des choses à apprendre », des rendez-vous qui se sont « très bien passés » ; « ça apporte beaucoup dans une optique de coordo ville/hôpital ».



Résultats – OPTIMEDOC, inspiré de IATROPREV



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

Lancé par l'**OMÉDIT Normandie** (Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques), en lien avec l'**ARS Normandie**

Financement FIR (800 k€)
Similaire mais plus flexible
Facturation via remplissage BIMEDOC

Principaux constats :

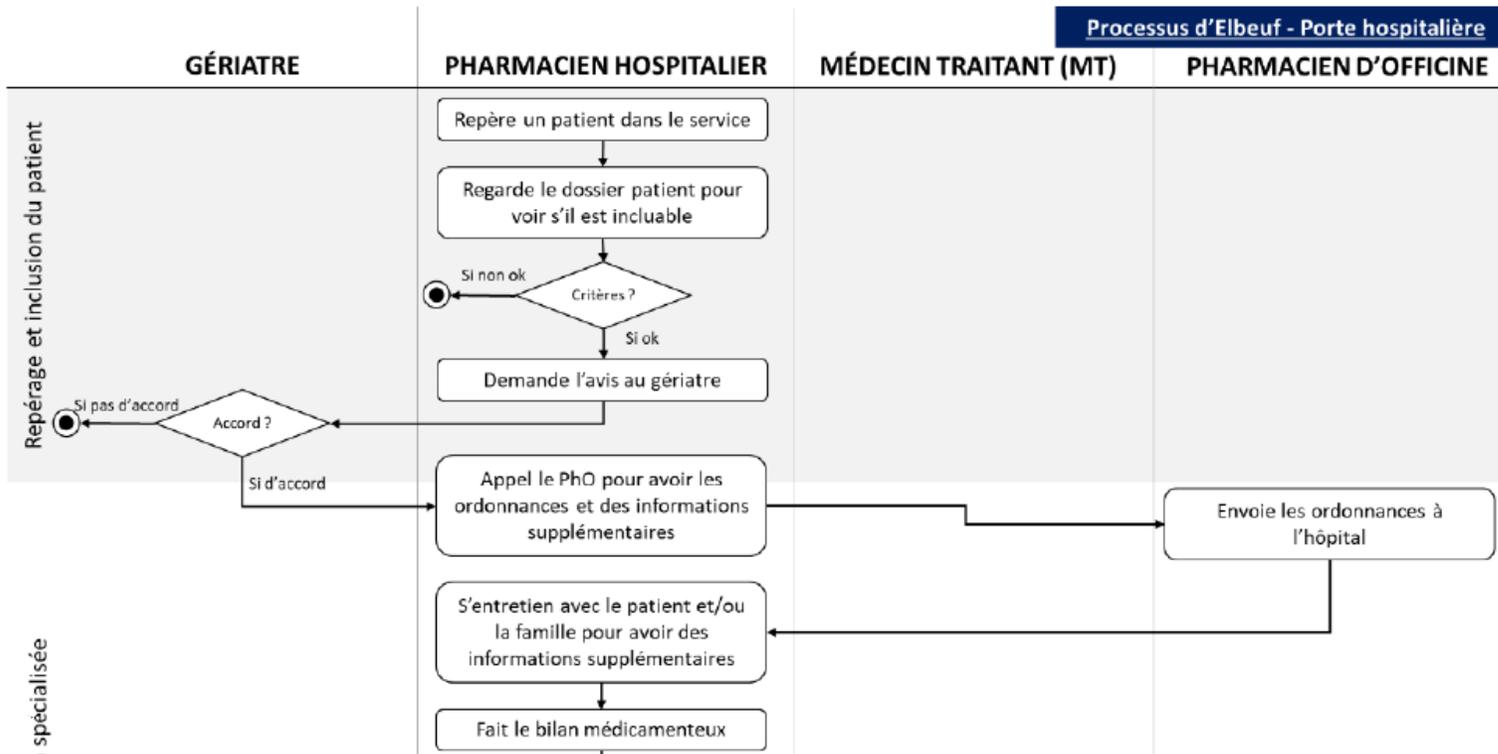
- ⇒ **Projet qui a bénéficié du modèle IatroPrev et de BIMEDOC**
- ⇒ **Contraintes financières** en lien avec les financements dédiés (FIR) : limite à 12 établissements (malgré des demandes d'intégration).
- ⇒ **Cadre** proposé mais **souplesse laissée aux établissements** ; gestion des RCP jugée complexe mais faisable (organisée pas nécessairement au cours de l'hospitalisation) ; taux de 77% de RCP synchrones.
- ⇒ **Fort accompagnement de l'OMÉDIT Normandie** (formation, animation régionale...) : indispensable pour créer et maintenir une dynamique dans la durée.
- ⇒ **Nécessaire temps dédié à la communication et à la sensibilisation des MT et des PhO** : travail important pour faire connaître le dispositif **à anticiper**.
- ⇒ **Dispositif opérationnel pour les patients en ville** (en lien avec liens préexistants/formalisés avec la ville et la dynamique régionale sur la iatrogénie) **et pour les patients hospitalisés**.
- ⇒ **Adhésion à BIMEDOC® jugée « correcte »** pour les établissements hospitaliers et PhO (plus compliqué pour les MT ; 124 MT connectés versus 230 PhO) ; **utilisation effective du SI induite par le modèle de rémunération choisi** (établissements rémunérés à l'activité, les obligeant à renseigner le SI).



Résultats – Fonctionnement en pratique



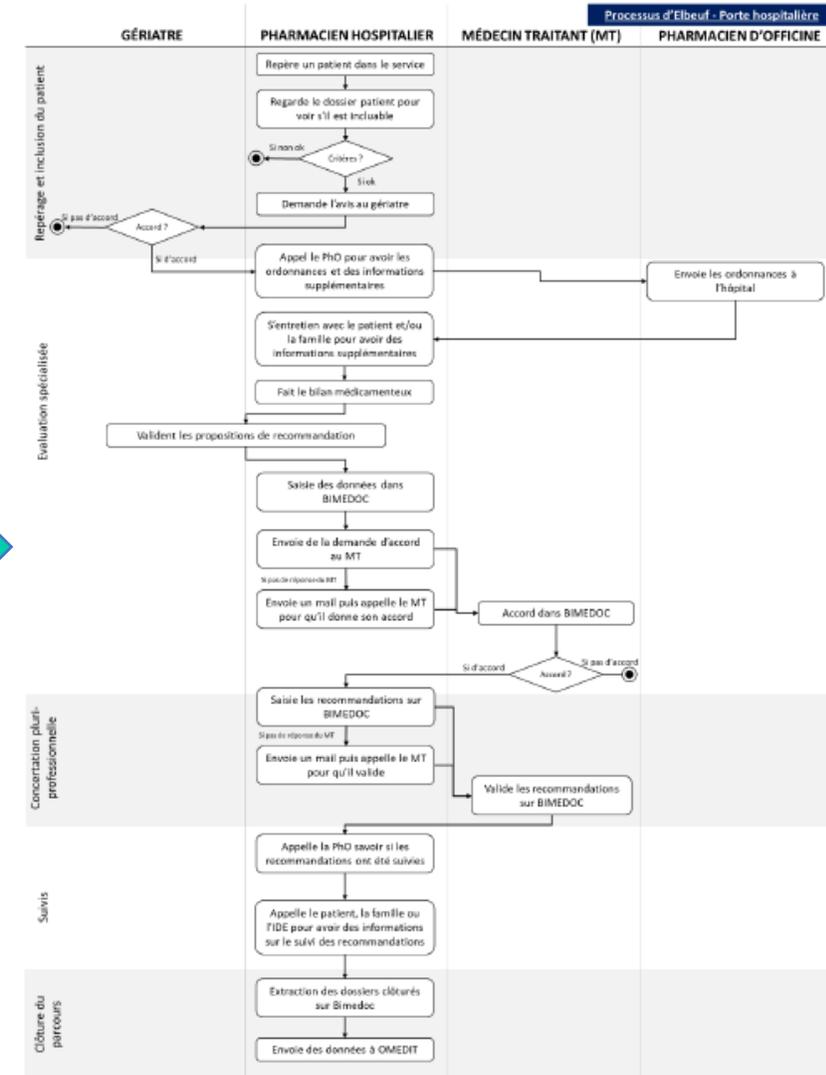
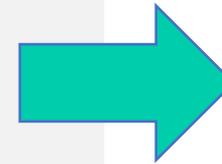
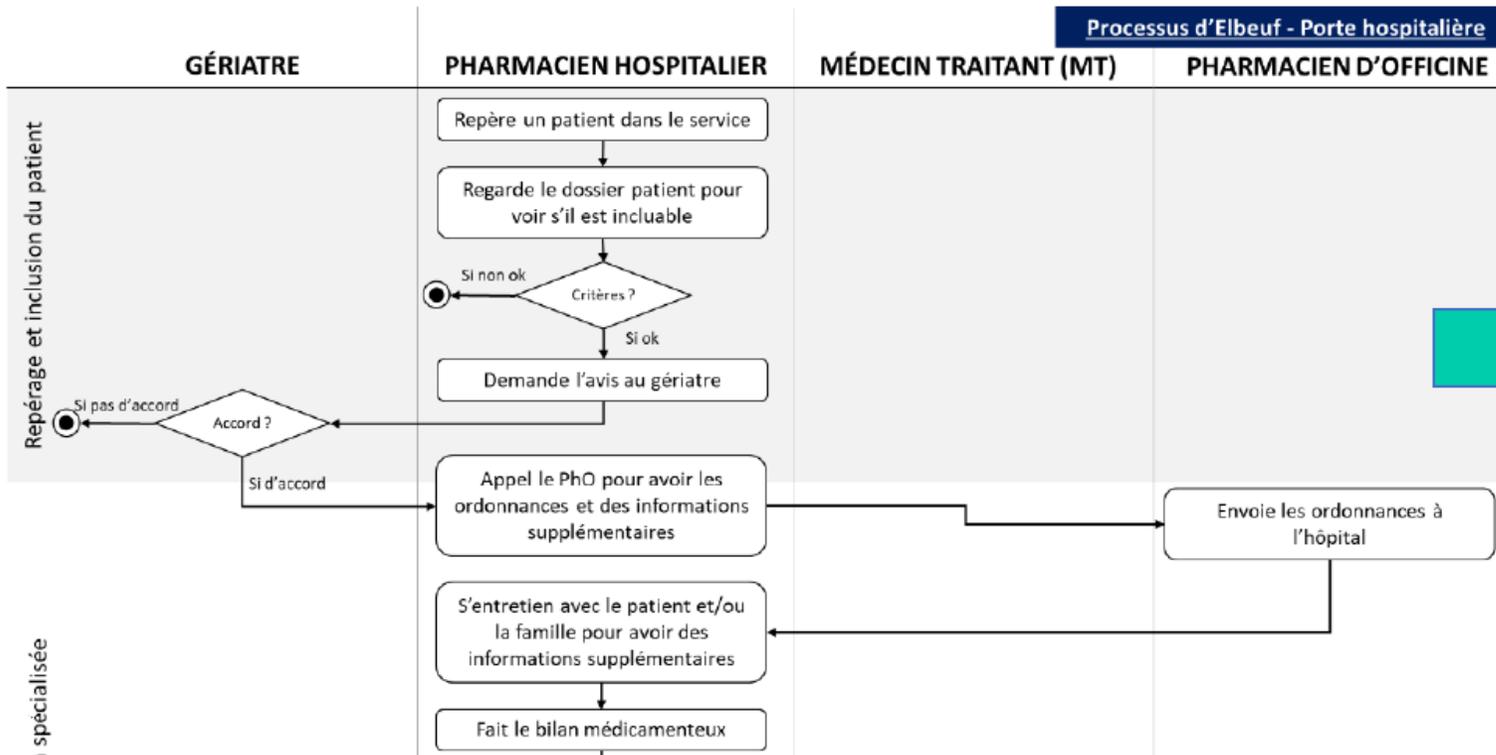
Evaluation CIC-IT, CHU Lille
Observations et entretiens
UML (Unified Modeling Language)



Résultats – Fonctionnement en pratique



Evaluation CIC-IT, CHU Lille
Observations et entretiens
UML (Unified Modeling Language)

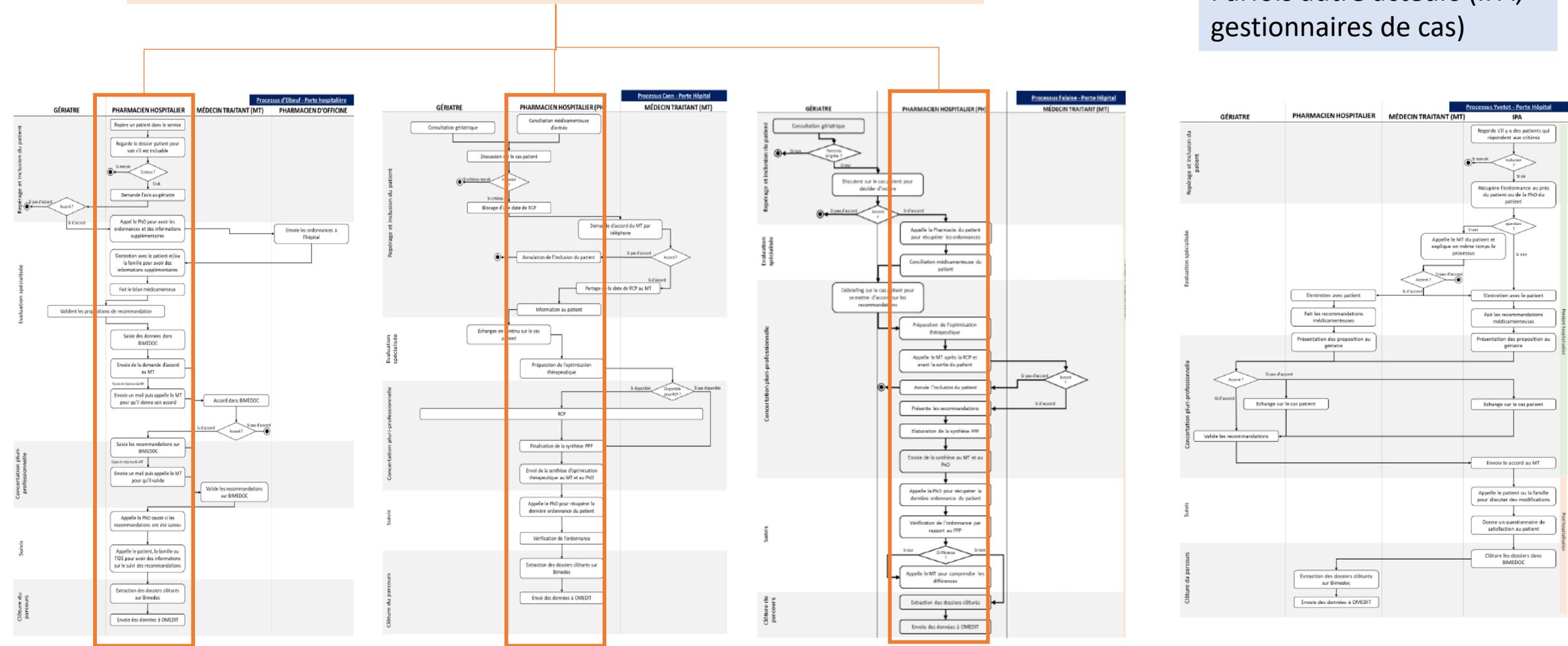


Résultats – Porte entrée hospitalière



Processus qui s'appuie le plus souvent sur le pharmacien hospitalier

Parfois autre acteurs (IPA, gestionnaires de cas)

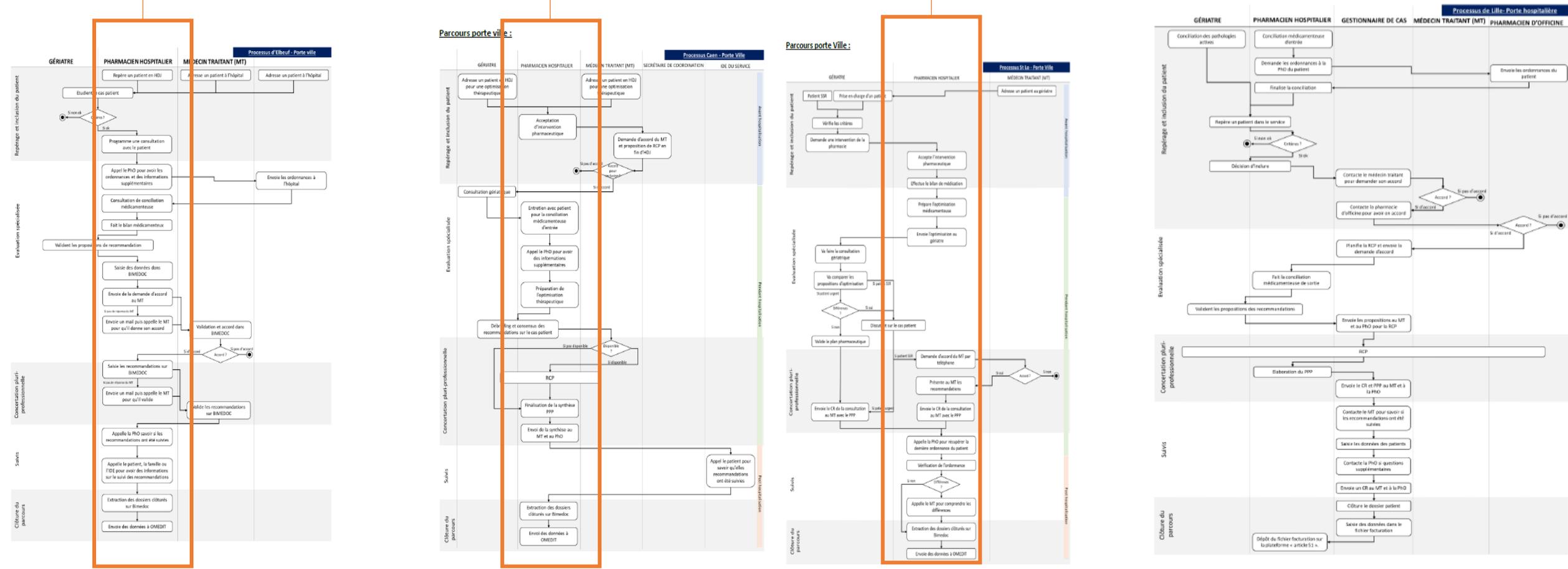


Résultats – Porte entrée Ville



Processus qui continue de s'appuyer sur le pharmacien hospitalier

Parfois autre acteurs (IPA, gestionnaires de cas)



Conclusion



- S'adresse à des patients avec une complexité thérapeutique majeure
- Ne propose pas uniquement de la déprescription dans les révisions thérapeutiques

Grâce à la RCP :

- Permet d'obtenir une implémentation importante des recommandations thérapeutiques
- Intérêt dans la coordination ville-hôpital avec un échange direct entre les professionnels de santé impliqués



Conclusion



Février 2021 :
début des inclusions



Juillet 2024 :
fin des inclusions



Début 2025:
extension au national de IATROPREV 2.0



Merci



Aux équipes

J.B. Beuscart, F. Puisieux, M. Dambrine, B. Décaudin, F. Fares , S. Gautier, C. Rognon et des CH de Roubaix et d'Armentières

F. Bloch, S. Bouras, M. Verchin, G. Delvalle, C. Cornille, B. Marquant, L. Mondet, T. Renoncourt, A. Terrier-Lenglet, P. Todessayi et du CH d'Abbeville

Des URPS Pharmaciens et Médecins Libéraux Hauts-de-France

De l'ARS Hauts-de-France et du GIP Santé Numérique

Et à tous les professionnels de santé impliqués



MERCI

de votre attention



En partenariat avec :

