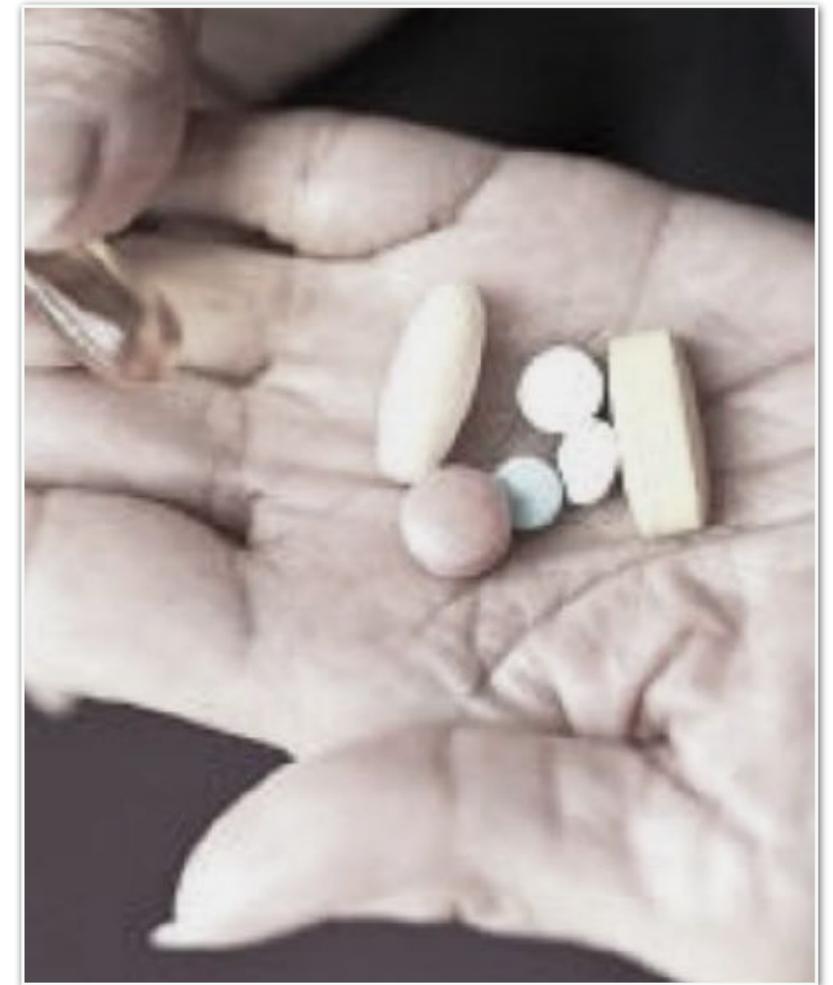


Prévention de la iatrogénie
médicamenteuse en EHPAD

PROJET OPPAD

Optimisation de la **P**harmacothérapie
des **P**ersonnes **A**gées en EHPAD

Phase expérimentale



omedit
BRETAGNE

6 novembre 2019

Unité de coordination Omédit Bretagne
Réunion de la commission des personnes âgées

PLAN DE LA PRESENTATION

1. Enjeux et contexte de l'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée
2. Objectifs du projet pilote OPPAD
3. Axes opérationnels du projet pilote OPPAD
4. Périmètre et déploiement du projet pilote OPPAD

PRÉFACE AU PROJET PILOTE OPPAD

- « **La iatrogénie médicamenteuse** est un problème de santé publique majeur. Elle est deux fois plus fréquente chez le sujet âgé de plus de 65 ans et responsable de plus de 10% des hospitalisations dans cette population et de 20% chez les octogénaires.
- **L'ARS Bretagne, en lien avec l'Omédit Bretagne**, s'est engagée dans différents travaux afin d'améliorer **la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD** et permettre une **diminution de la iatrogénie médicamenteuse**.
- Afin de poursuivre l'accompagnement des établissements dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, l'ARS et l'Omédit lancent le **projet OPPAD** auprès des EHPAD sans PUI (mais accessibles à l'ensemble des EHPAD de la région) sur l'Optimisation de la Pharmacothérapie des personnes âgées en EHPAD.
- Le projet OPPAD en **Bretagne** est développé **conjointement** avec le **projet de « dispositif expérimental de déploiement des plans de bilans de iatrogénie partagés en EHPAD »** piloté par l'**ARS/Omédit Normandie**. Certains outils, modules de formation sont développés conjointement par les 2 régions dans une logique de partage d'expérience et de mutualisation ».

PRÉAMBULE

- Quel nom pour le projet ?
 - ▶ EHPAD devient ... RASA !



HOSPIMEDIA
L'ACTUALITÉ EN LIGNE DES MÉTIERS DE SANTÉ

Téléchargez depuis l'espace abonnés
<https://abonnés.hospimedia.fr>
Votre compte : Jean-Luc GAUDIA
HOSPIMEDIA

Ethique
Le Haut Conseil de l'âge renomme les Ehpad

Publié le 09/10/19 - 18h22

Le Haut Conseil de l'âge revoit la terminologie du secteur pour le rendre moins discriminatoire. Dépendance, institutionnalisation, lucratif, structures intermédiaires... pourraient disparaître des textes réglementaires. Les Ehpad seraient alors renommés résidence d'accompagnement et de soin pour âgés.

Réuni en mai le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a travaillé sur une nouvelle terminologie du grand âge. L'avis n'a toutefois pas été rendu public dans la foulée car sur les huit expressions proposées à changer (lire encadré) un terme a posé question, ont indiqué à Hospimedia plusieurs personnes proches du dossier. Les membres de la commission de travail sur la terminologie du conseil de l'âge ont mis du temps à trouver une nouvelle terminologie pour désigner les Ehpad. Le groupe, présidé par Alain Koskas, président de la Fédération internationale des associations de personnes âgées (Fiapa), avec comme rapporteur, Pascal Champert, président de l'AD-PA, s'est toutefois entendu, au préalable de toutes leurs discussions, sur la nécessité de modifier le nom des Ehpad. Et au passage la mauvaise image accolée aux Ehpad.

Un changement de nom compliqué

Seulement aucun nouveau terme n'a été validé par le haut conseil pendant plusieurs semaines, bloquant en quelque sorte la publication avant l'été du nouveau jargon validé. Difficile de remplacer les Ehpad. Pour y arriver le conseil de l'âge a, en quelque sorte, procédé par élimination en menant un sondage auprès de ses membres, souligne l'instance dans les amerces de son avis. Trois questions ont pour cela été posées. Quel terme utiliser pour dénommer le lieu : maison ou résidence ? Faut-il faire apparaître le caractère médical ou médico-social du lieu ou une autre caractéristique du lieu de vie, d'accompagnement ? Quel terme pour désigner le public destinataire : âgés, grand-âge, séniors ou personnes âgées ?

Les Rasa l'emportent

- ENJEUX ET CONTEXTE DE L'OPTIMISATION DE LA PHARMACOTHÉRAPIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

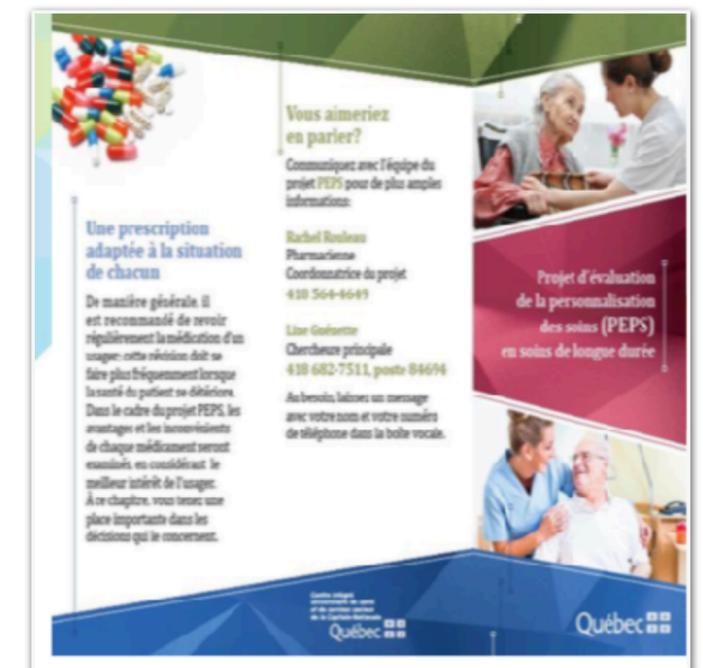
QUELS ENJEUX ?

- Pourquoi s'intéresser à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et à l'optimisation de la pharmacothérapie chez la personne âgée en EHPAD ?
 - ▶ Un enjeu démographique et social
 - ▶ Un enjeu de qualité, sécurité et pertinence des soins
 - ▶ Un enjeu économique

L'EXEMPLE DU PROJET CANADIEN PEPS

- **P**rojet d'**E**valuation de la **P**ersonnalisation des **S**oins (médicaux, infirmiers et pharmaceutiques) en soins de longue durée
- Augmenter la proportion des résidents âgés (65 ans et plus) recevant une pharmacothérapie appropriée et diminuer le nombre de médicaments peu ou pas appropriés
- **Interdisciplinarité** des professionnels de santé « Médecin, Pharmacien, Infirmière » centrée sur le patient

- ▶ Prix Innovation OPQ 2018
- ▶ Prix Profession Santé 2018



L'EXEMPLE DU PROJET CANADIEN MEDSECURE

- Une des plus importantes études sur la déprescription en soins aigus en Amérique du Nord
- MedSécure, un **outil électronique** primé d'aide à la décision, pourrait aider les médecins et les pharmaciens à réduire la surcharge de médicaments chez les aînés.



► CBC Viewer's Choice award 2018

The MedSafer Study: A Controlled Trial of an Electronic Decision Support Tool for Deprescribing in Acute Care

Emily G. McDonald, MD, MSc,^{*†} Peter E. Wu, MD, MSc,[‡] Babak Rashidi, MD, MHI,[§]
 Alan J. Forster, MD, MSc,[§] Allen Huang, MDCM,[¶] Louise Pilote, MD, PhD,^{*}
 Louise Papillon-Ferland, BPharm, MSc,^{||} André Bonnici, BPharm,^{||} Robyn Tamblyn, PhD,^{**}
 Rachel Whitty, BScPhm,^{††} Sandra Porter, BPharm,^{††} Kiran Battu, BPharm,^{††}
 James Downar, MD,^{‡‡} and Todd C. Lee, MD, MPH^{*†**}

- Publiée en septembre 2019 dans *The Journal of the American Geriatrics Society*
- 1066 patients âgés de + de 65 ans dans 4 unités de médecine interne de 3 hôpitaux à Montréal, Ottawa et Toronto de Septembre 2016 à Mai 2017
- Opportunités de déprescription chez 873 patients (82% des patients), 418 dans le groupe contrôle et 455 dans le groupe MedSafer
- Proportion accrue (8,3 %) de patients « déprescrits » au congé (46.9 % vs 54.7%)
- Pas d'augmentation des effets indésirables 1 mois après le congé

UN ENJEU DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

- Une population **vieillissante**... mais **dépendante**
 - ▶ 6.6 % des personnes âgées > 75 ans en 1990, 9.1 % en 2015, estimé à 14,6 % en 2040 (Libault 2019)
 - ▶ Espérance de vie des français parmi les plus élevée : H 80 ans, F 85.6 ans (Libault 2019)
 - ▶ Mais pas en terme d'espérance de vie en bonne santé : à 65 ans, espérance de vie d'une femme française de 23,7 ans mais 10,6 en bonne santé, contre 16,6 en Suède et 12,4 en Allemagne (Libault 2019)
 - ▶ 1.13 millions de personnes âgées dépendantes en France (Acces seniors 2012)
 - ▶ Depuis 10 ans, le nombre d'EHPAD a fortement augmenté de 500 000 en 2009 à 590 000 en 2017 (DRESS 2017)
 - ▶ Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pourrait croître de 40 % en Bretagne selon le scénario standard de l'Insee (contre 38% en France) (EHPA 2011)

UN ENJEU DE QUALITÉ ET DE PERTINENCE DES SOINS

- Plus de 10 000 décès et 130 000 hospitalisations liés à une erreur médicamenteuse ou à un effet indésirable médicamenteux (HAS)
 - 2 fois plus fréquents après 65 ans (Bégaud 2002)
 - Risque majeur de iatrogénie :
70-74 ans : 18.3%, plus de 85 ans : 25.4% (Budnitz NEJM 2011, Shebab Jama 2016)
- Plus graves chez les personnes âgées :
10% des hospitalisations chez les sujets âgés, 20% chez les octogénaires (Doucet 1999)
 - 40 à 60% de ces événements iatrogènes sont évitables (Eneis 2004 ; Ankri 2002)

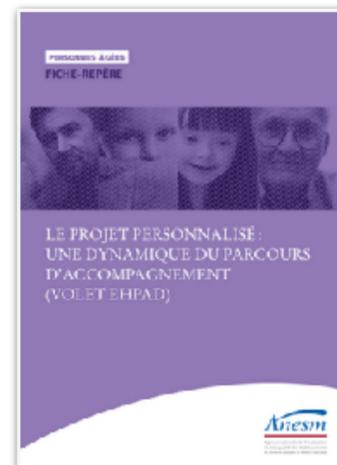
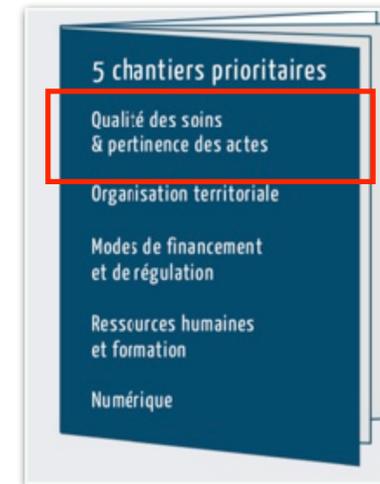
UN ENJEU ECONOMIQUE

- Les plus de 65 ans : 16 % de la population française mais 40 % de la consommation des médicaments en ville (CNAMTS 2001)
- Augmentation de l'espérance de vie mais compression des comorbidités en fin de parcours
- Augmentation des prescriptions en lien avec la polypathologie chez les plus de 75 ans
- En moyenne les plus de 75 ans consomment plus de 4 médicaments par jour et 2 en automédication
- La polymédication atteint 6 à 8 médicaments en milieu hospitalier
(IRDES, HAS 2005)

« VIEILLIR EN BONNE SANTÉ » : STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION DE L'OMS 2016-2020

- « Objectifs thérapeutiques » ou 5 capacités fonctionnelles à préserver
 1. Mobilité
 2. Mémoire
 3. Fonctions neurosensorielles
 4. Psychosocial
 5. Vitalité

MOBILISATION NATIONALE « GRAND ÂGE ET AUTONOMIE »



NOUVELLE LOI « MA SANTÉ 2022 »



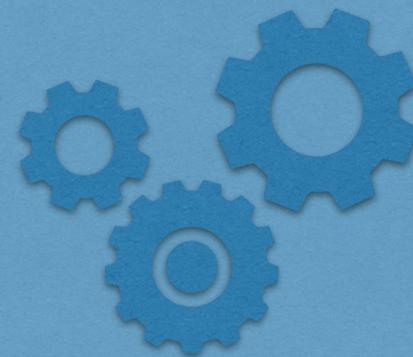
- Objectif **décloisonner** le financement, les organisations, les exercices professionnels et les formations
- 5 axes prioritaires dont « **la Qualité et la pertinence des actes** »
 - ▶ Favoriser la qualité et replacer le personne âgée résidant en EHPAD au coeur du soin
 - ▶ Développer une logique de parcours de soins
 - ▶ Développer des indicateurs d'efficacité clinique et d'expérience (au delà des indicateurs de sécurité)
 - ▶ Mesurer la satisfaction des usagers

LE BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

- *Avenant 12 à la convention nationale publié au JO le 16 mars 2018*
- Un outil de coopération patient-pharmacien-médecin référent pour optimiser la prise en charge médicamenteuse et réduire la iatrogénie

Projet OPPAD

« Dispositif de déploiement
du BPM en EHPAD »



- OBJECTIFS DU PROJET
PILOTE OPPAD

2

OBJECTIFS DU PROJET PILOTE OPPAD

1. Prévenir et réduire la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD

- par la **coordination et la mise en synergie des professionnels** de santé centrées sur la personne âgée résident en EHPAD
- par l'identification des **prescriptions médicamenteuses inappropriées** chez la personne âgée et leur optimisation

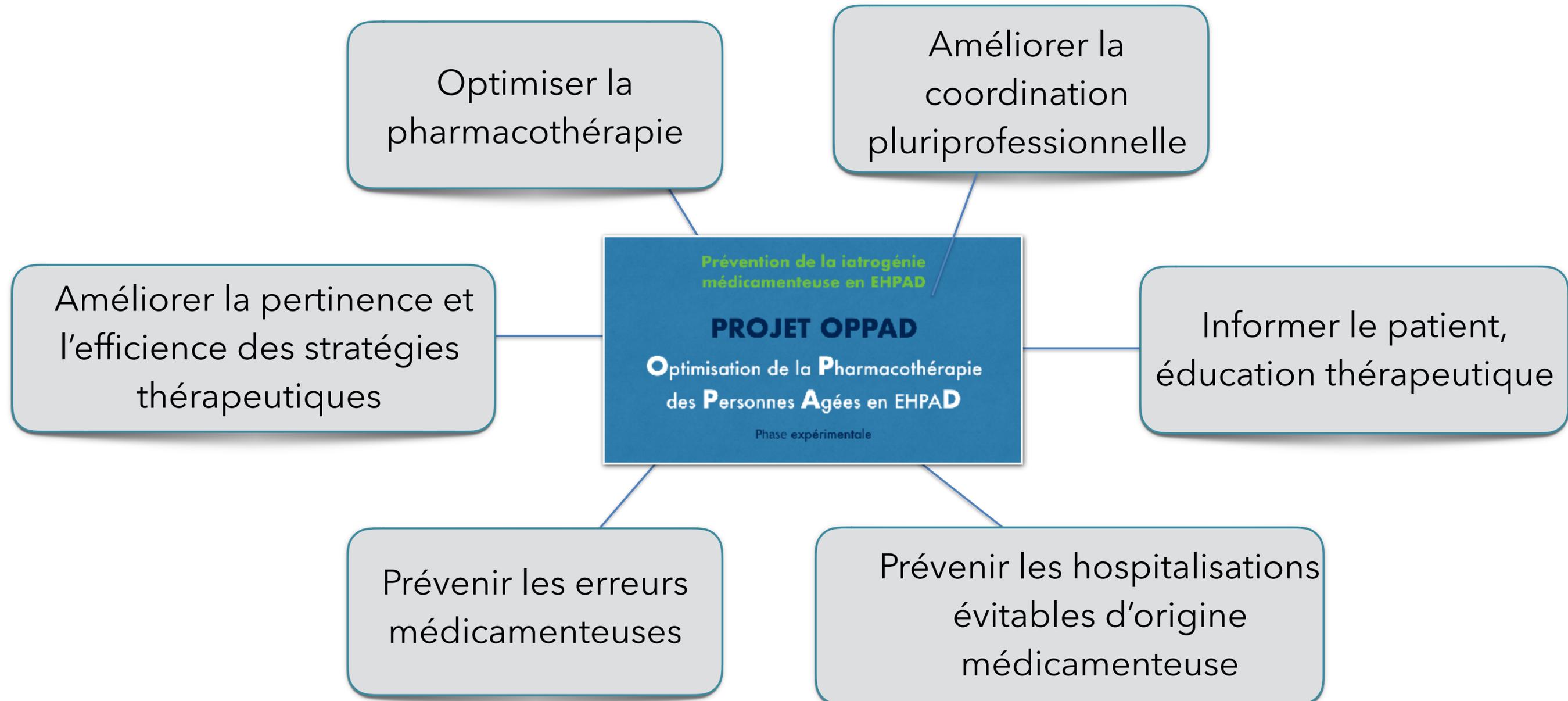
2. Améliorer l'autonomie, améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD

2

SOUS-OBJECTIFS DU PROJET PILOTE OPPAD

- Augmenter la proportion des personnes âgées résidant en EHPAD en Bretagne (65 ans et plus) recevant une pharmacothérapie appropriée et diminuer le nombre de médicaments peu ou pas appropriés
 - Diminuer la complexité du régime pharmacologique
 - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
 - Améliorer la pertinence et l'efficacité de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques
 - Maintenir, améliorer la santé (morbidité et mortalité) et le confort des résidents
 - Maîtriser les dépenses de santé et diminuer les hospitalisations évitables pour cause iatrogénique
 - Former les professionnels à l'optimisation de la pharmacothérapie des personnes âgées en EHPAD
- Proposer un dispositif formalisé de concertation pluridisciplinaire des professionnels (médecin prescripteur /médecin coordonnateur / pharmacien / infirmière) et centré sur la personne âgée résidant en EHPAD et/ou sa famille
 - Renforcer la coordination entre le pharmacien, l'infirmier, le médecin coordonnateur et le médecin traitant autour des traitements médicamenteux, en s'appuyant sur des outils de partage
 - Évaluer la satisfaction de l'équipe traitante, son niveau de collaboration interprofessionnelle
 - Évaluer la satisfaction des patients et familles
 - Évaluer les coûts de ce dispositif (et autres mesures d'impact)
 - Dégager les meilleures pratiques qui pourront ensuite être adoptées à plus large échelle

OBJECTIFS DU PROJET PILOTE OPPAD

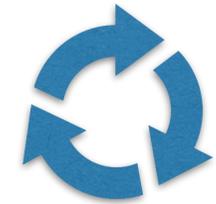


- LES 3 AXES OPERATIONNELS
DU PROJET PILOTE OPPAD

LES 3 AXES OPERATIONNELS DU PROJET PILOTE OPPAD

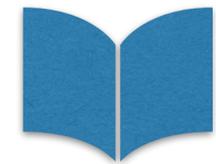
1

Mise en place d'**organisations** centrées sur le patient et facilitant le travail **pluridisciplinaire** et la valorisation de l'activité des professionnels en ambulatoire



2

Définition d'objectifs cibles en terme d'optimisation de la **pharmacothérapie** des personnes âgées en EHPAD justifiant d'un accompagnement sous la forme de **formations**



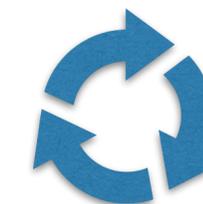
3

Mesures d'impact sur des indicateurs relatifs à la qualité de prise en charge du résident, des indicateurs de dépenses de médicaments, et de réduction des hospitalisations associées à la iatrogénie médicamenteuse



① AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



Cadre réglementaire



- Avenant 12 à la convention nationale publié au JO le 16 mars 2018

Réunion



« OPPAD »

Cadre financier



- Convention
- Rémunération du Médecin
- Rémunération du Pharmacien

Pré-requis

- Engagement direction, acteurs
- Validation des ressources
- Système informatique (messagerie sécurisée etc.)
- Information et consentement patient

Missions des acteurs impliqués

- Médecin coordonnateur
- Pharmacien d'officine
- Médecin traitant
- (Infirmier)
- (Résident - Famille)

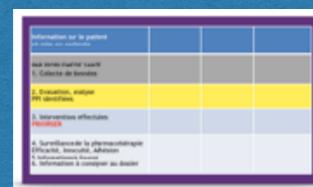


Modalités pratiques de la réunion

- Réunion mensuelle / bimensuelle
- Réunion d'une heure
- Révision de 4 dossiers résident / réunion
- Priorisation des dossiers de résident (critères d'inclusion / exclusion)
- Préparation de la réunion
- Plan d'action défini et écrit à l'issue de la réunion

A l'issue de la réunion

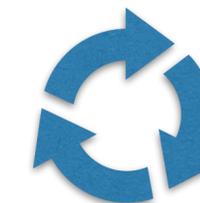
- Plan d'actions (plan de soins pharmaceutiques) documenté



Outils à disposition

- Grille de collecte
- Méthodologie Plan de soins pharmaceutiques
- Formations / Fiches thématiques
- Accompagnement Omédit

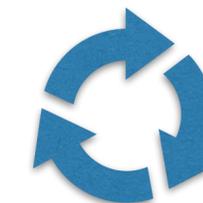
AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



- **Missions du médecin coordonnateur**

- ▶ Planifie les réunions OPPAD (échancier)
- ▶ Organise la logistique des réunions OPPAD
- ▶ Participe avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine à la validation des dossiers résident à présenter en réunion OPPAD
- ▶ Recueille le consentement du résident ou son représentant légal
- ▶ Prépare/met à disposition le Projet Personnalisé du Résident pour la réunion OPPAD
- ▶ Participe aux réunions OPPAD
- ▶ Révise et établit le plan de soins pharmaceutiques du résident conjointement avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine
- ▶ Communique le plan d'actions (plan de soins pharmaceutiques du résident) à l'issue de la réunion OPPAD à l'équipe de soins infirmiers

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



● Missions du Pharmacien d'officine

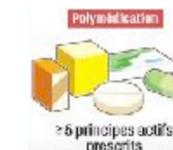
- ▶ Participe avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant à la validation des dossiers résident à présenter en réunion OPPAD (notamment au regard des exigences BPM)
- ▶ Rencontre le résident avant/après la réunion OPPAD (à clarifier)
- ▶ Prépare (procède à) l'évaluation de la pharmacothérapie, l'identification des problèmes pharmacothérapeutiques et ses recommandations d'interventions prioritaires préalablement à la réunion OPPAD (l'ensemble des médicaments prescrits ou non, les résultats d'analyse biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin lui sont transmis)
- ▶ Participe aux réunions OPPAD
- ▶ Révise et établit le plan de soins pharmaceutiques du résident conjointement avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur
- ▶ Enregistrement du plan de soins pharmaceutiques du résident comme BPM ?
- ▶ Enregistrement du plan de soins pharmaceutiques du résident dans le DMP comme BPM ?



Rémunération

✓ **BPM**

- Conditions d'éligibilité



- Rencontre avec le résident
- Fin de la rémunération ROSP
- ✓ Non facturable en téléconsultation si résident absent
- ✓ Convention

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



● Missions du Médecin traitant (libéral / salarié)

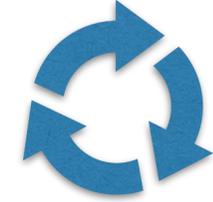
- ▶ Participe avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant à la validation des dossiers résident à présenter en réunion OPPAD
- ▶ Révise le dossier patient pour la réunion OPPAD (états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, diagnostics établi, ensemble des traitements prescrits ou non, résultats d'analyse biologiques, etc)
- ▶ Participe aux réunions OPPAD
- ▶ Révise et établit le plan de soins pharmaceutiques du résident conjointement avec le pharmacien d'officine et le médecin coordonnateur
- ▶ Met à jour les prescriptions, le cas échéant
- ▶ Rencontre le résident



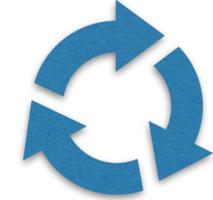
Rémunération

- ✓ NGAP : Pas de consultation longue (cabinet)
- ✓ NGAP : Pas de visite longue et complexe (à domicile)
- ✓ **NGAP** : Consultation G / Consultation dédiée du patient pour analyse et évaluation de ses traitements
- ✓ **Télé-Expertise** échange entre médecins : médecin requérant et médecin requis, dans le respect aussi du parcours de soins (retour d'information au MT s'il n'est pas le requérant). Md requérant (MT) / Md requis (Md coordonnateur)
- ✓ Convention

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION

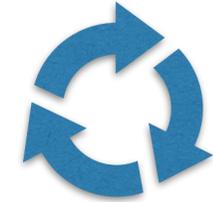


AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



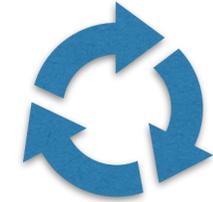
Consultation très complexe réalisée au domicile du patient :	Descriptif	Facturation
a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant	<p>Quel patient ? patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée</p> <p>Comment ? Si possible en présence des aidants habituels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d' une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ; - Evaluation de la situation familiale et sociale ; - Formalisation de la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ; - Information du patient et les aidants sur les structures d'accueil ; - Inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient. <p>Quand ? Jusqu'à 3 fois par année civile et par patient</p>	VL (60 €)
b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant (facturable à partir du 10 février 2019)	<p>Quel patient ? patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique</p> <p>Comment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ; - organisation et coordination de la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri- disciplinaire de soins palliatifs ; - inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient. <p>Quand ? Jusqu'à 3 fois par année civile et par patient</p>	
c) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant (facturable à partir du 10 février 2019)	<p>Quel patient ? en incapacité de se déplacer pour raison médicale et : <u>soit</u> bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD <u>soit</u> âgé de plus de 80 ans.</p> <p>Comment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - recueil de toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ; - réalisation de l'évaluation médicale du patient ; - organisation de la prise en charge coordonnée des soins ; - inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ; - recueil du choix de déclaration de médecin traitant du patient. <p>Quand ? Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant)</p>	

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



- Modalités d'intégration de l'Infirmier
- Modalités d'intégration du Résident

AXE OPÉRATIONNEL : ORGANISATION



- Elaboration du **Plan de soins pharmaceutiques du résident**

1. Procéder à la collecte des renseignements
2. Evaluer et analyser la pharmacothérapie
3. Effectuer les interventions selon objectifs thérapeutiques
4. Suivi (sécurité, innocuité, adhésion ; mesures / délai)
5. Fournir l'information pertinente au résident
6. Consigner les renseignements au dossier

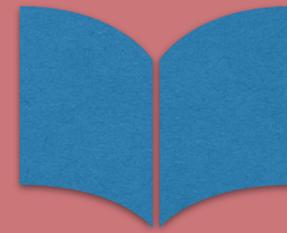
Information sur le patient et mise en contexte			
PAR PROBLEME DE SANTE			
1. Collecte de données			
2. Evaluation, analyse PPI identifiées			
3. Interventions effectuées PRIORISER			
4. Surveillance de la pharmacothérapie Efficacité, Innocuité, Adhésion 5. Informations à fournir 6. Informations à consigner au dossier			



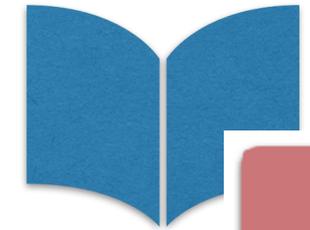
Intégré au projet personnalisé (PP)



② AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

Définition d'objectifs cibles en terme d'optimisation de la pharmacothérapie des personnes âgées en EHPAD justifiant d'un accompagnement sous la forme de formations

Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

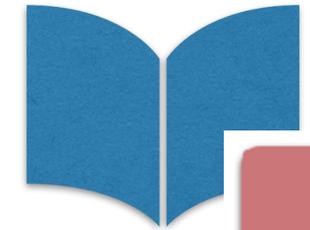
Iatrogénie
médicamenteuse

Volet 2

Liée au parcours
de soins, au circuit
du médicament

* **Demande forte des professionnels
(table ronde Omédit Normandie)**

AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



Volet 1*
Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

- **Étape 1** État des lieux, revue de la littérature



Étape 2 Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriés ciblées

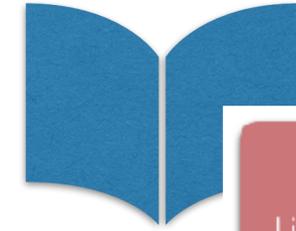


Étape 3 : Partage des enjeux pharmacologiques jugés prioritaires et sélection des prescriptions liées à « 10 Médicaments / Pathologies prioritaires » par la commission personnes âgées



Étape 4 : Développement de formations, outils (modules de e-learning, cas cliniques, fiches thématiques etc.)

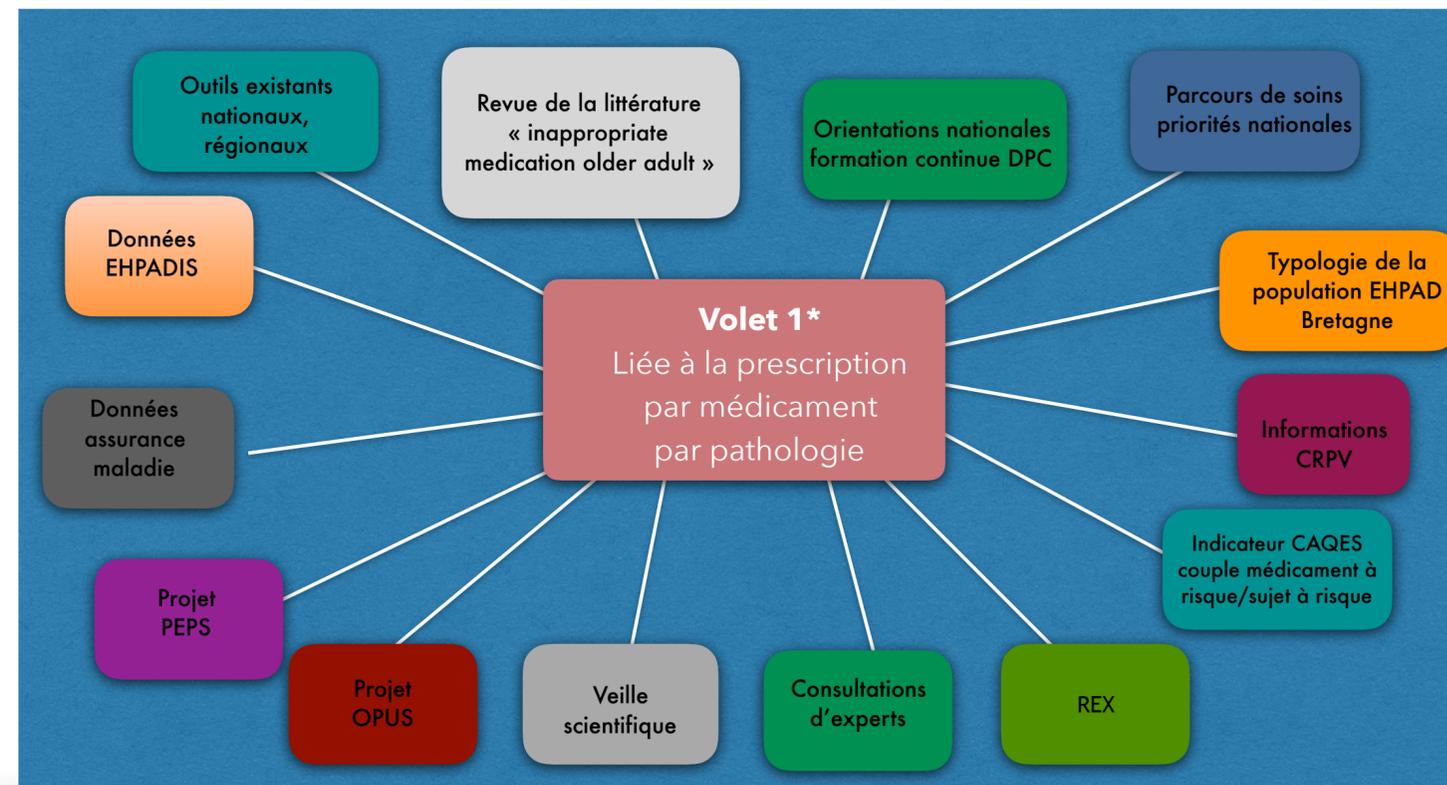
AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



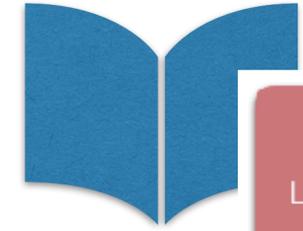
Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

- **Étape 1** : état des lieux, revue de la littérature



AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

- **Étape 2** : Prescriptions potentiellement inappropriées ciblées liées à « **un médicament ou une pathologie** »

1. Antipsychotiques
2. BZD à demie-vie longue
3. Psychotropes
4. Hypnosédatifs
5. Mémantine et inh de la cholinesterase
6. Gabaergiques
7. Anticholinergiques
8. Antihypertenseurs et diurétiques
9. IPP
10. ADO
11. NACO
12. Anticoagulants
13. Statines
14. Laxatifs
15. AINS (Coxibs)

16. Traitement anticancéreux oral
17. Vaccin pneumocoque
18. Vaccin antigrippale

Priorités nationales « parcours de soins » :

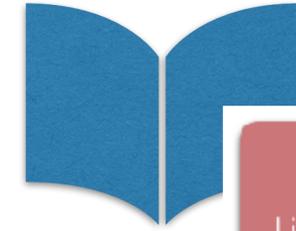
19. Insuffisance cardiaque
20. Ostéoporose
21. BPCO
22. Obésité morbide
23. Maladie coronarienne stable ;
24. Insuffisance rénal chronique
25. Maladie de Parkinson
26. AVC
26. Diabète

28. Gestion médicamenteuse des infections urinaires
29. Gestion médicamenteuse de l'incontinence urinaire
30. Gestion médicamenteuse des infection à C difficile
31. Médicaments à marge thérapeutique étroite (digoxine, anticonvulsivants i.e carbamazépine, phénytoïne, valproate, théophylline, quinidinique, anticoagulants oraux, lithium, cyclosporine et immunosuppresseurs)
32. Autres

3

2

AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



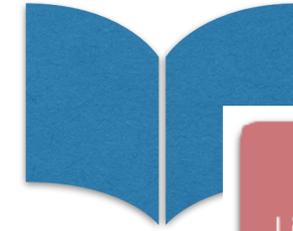
Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie



Étape 3 : Partage des enjeux pharmacologiques jugés prioritaires et sélection des prescriptions potentiellement inappropriées liées à **« 10 médicaments ou pathologies prioritaires »** par la **commission personnes âgées**

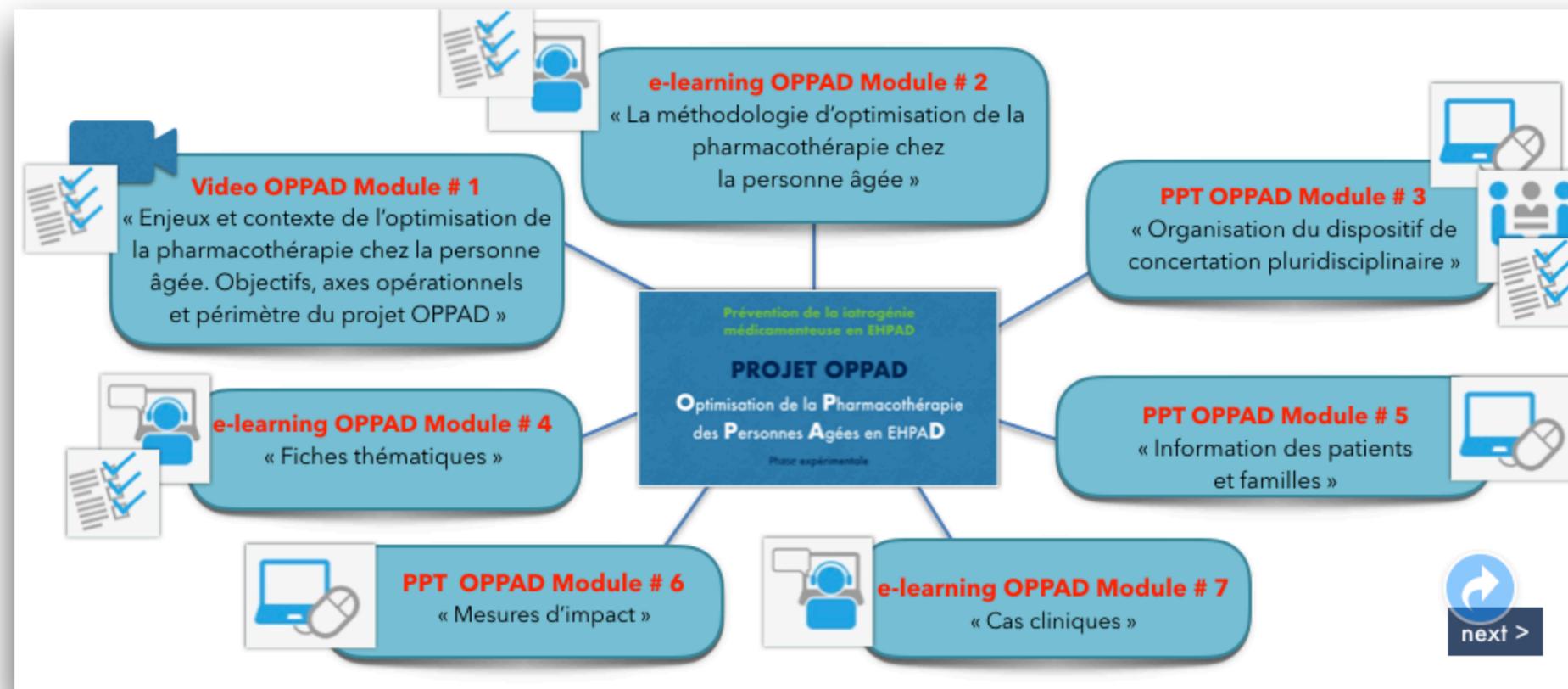
AXE OPÉRATIONNEL : FORMATION



Volet 1*

Liée à la prescription
par médicament
par pathologie

- Modules de formation
- e-learning, fiches thématiques, outils, etc.



③ AXE OPÉRATIONNEL : IMPACT

AXE OPÉRATIONNEL : IMPACT



- Indicateurs de structure, de processus, de résultats (y compris satisfaction) - **A définir** (priorisation des enjeux pharmacothérapeutiques)

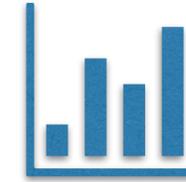
▶ **Par EHPAD**

- ✓ Nombre de réunions OPPAD
- ✓ Nombre de « dossiers patient » révisés
- ✓ Nombre de Plan de soins pharmaceutiques documentés
- ✓ Temps de révision par dossier patient

▶ **Par résident**

- ✓ Nombre de médicaments prescrits (avant réunion OPPAD) (régulier et au besoin)
- ✓ Nombre de médicaments prescrits (après la réunion OPPAD)
- ✓ Nombre de prescriptions potentiellement inappropriées identifiées
- ✓ Nombre de prescriptions potentiellement inappropriées relatives aux 10 médicaments et pathologies prioritaires identifiées
- ✓ **Typologie des prescriptions potentiellement inappropriées (à valider)**
- ✓ A prévoir/discuter : suivi des effets indésirables, hospitalisations, mesure de la satisfaction du résident, mesure de la satisfaction des professionnels impliqués auprès du résident

AXE OPÉRATIONNEL : IMPACT



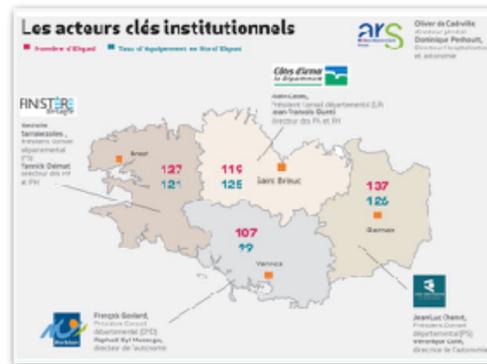
- ▶ **Par résident**
 - ✓ **Typologie des prescriptions potentiellement inappropriées (à valider) - exemple**

Projet Pilote « Indicateurs Pharmacie » APES

- ▶ Le problème pharmacothérapeutique (PP) se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques :
 - Médicament utilisé qui ne s'avère plus nécessaire;
 - Médicament additionnel nécessaire;
 - Médicament requis omis lors de la prescription;
 - Médicament utilisé non efficace;
 - Dose du médicament trop faible ou trop élevée;
 - Médicament causant une réaction indésirable (incluant interaction médicamenteuse);
 - Patient incapable ou qui refuse de prendre son ou ses médicaments de façon appropriée;
 - Suivi nécessaire, qui n'avait pas été prévu;
 - Formulation ou voie d'administration du médicament inappropriée;
 - Heure d'administration inadéquate.

- PÉRIMÈTRE ET DÉPLOIEMENT
DU PROJET PILOTE OPPAD

PERIMETRE ET DÉPLOIEMENT DU PROJET PILOTE OPPAD



- EHPAD en **Bretagne** ne disposant pas de PUI
- Sélection de 5-10 EHPAD (typologie)
- Mise à disposition des outils à l'ensemble des EHPAD de la région

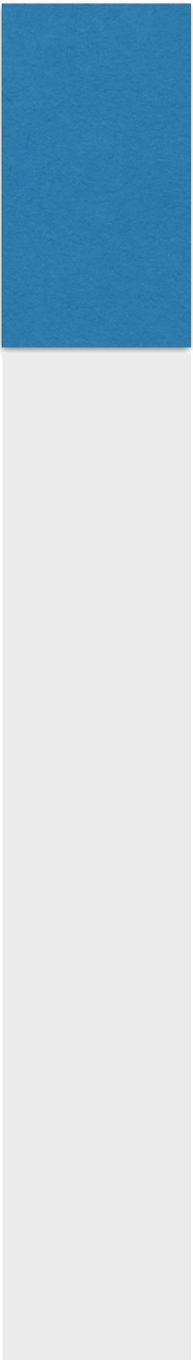


ACTUALITES OMEDIT
Mardi 04 septembre 2019
Dispositif expérimental de
déploiement des bilans de
iatrogénie partagés en EHPAD
Appel à candidatures

- Ensemble des EHPAD en **Normandie**
- Appel à projet (appel à candidature le 4 sep. 2019, clôture 18 octobre 2019)

PERIMETRE ET DÉPLOIEMENT DU PROJET PILOTE OPPAD

PROJET OPPAD Prévention de la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD Optimisation de la Pharmacothérapie des Personnes Agées en EHPAD <small>Phase expérimentale</small>		Novembre 2019	Décembre 2019	Janvier 2020
1 Axe organisation 	Validation modèle d'organisation Validation des pré-requis Sélection 5 EHPAD Communication direction EHPAD Communication professionnels impliqués	Mise en place du modèle d'organisation	Début des réunions OPPAD	
2 Axe formation 	Validation des 10 « médicaments et ou pathologies prioritaires » Elaboration, formalisation et validation outils / formations	Diffusion et appropriation des outils Organisation de la formation des professionnels impliqués		
3 Axe impact 	Elaboration et validation des indicateurs			
Soutien et accompagnement par l'Omédit Bretagne   				
Autres partenaires internes / externes    				



ÉCHANGES

next >