



# PROJET URGE-MED

Coordination régionale de la prévention, la détection et la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux chez les patients hospitalisés

Réunion OMEDIT du 15/12/2017

Communication au nom du Groupe de travail URGEMED par :

*Dr Karim BOUAYAD-AGHA – Médecin Urgentiste*

*Groupe Hospitalier Saint Vincent – Urgences*

*Dr Elodie REMETTER – Pharmacien Hospitalier*

*Hôpitaux Civils de Colmar – Pharmacie-Stérilisation*

*Dr Raoul SANTUCCI – Pharmacien Hospitalier*

*Groupe Hospitalier Saint Vincent – Pharmacie-Stérilisation*

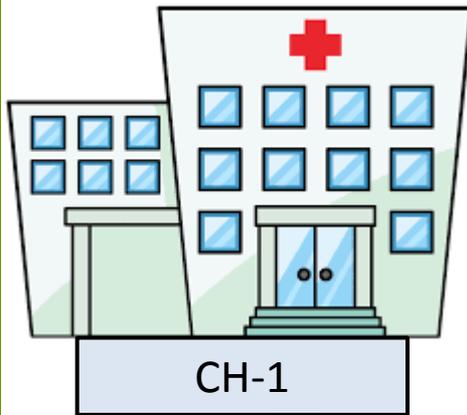


# INTRODUCTION



- **J0** Patiente, 33 ans, mariée, une fille, profession médicale.  
Se présente aux urgences avec son mari pour des dyskinésies associées à une angoisse majeure  
Habite en appartement, étage élevé, avec ascenseur.  
Allergie : pénicillines (rash cutané)  
« c'est de la faute de mon injection dans l'œil »

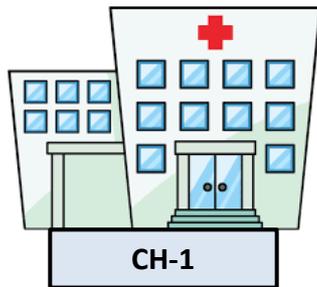
ANAMNESE



- **J-8** Patiente hospitalisée aux Urgences du CH-1 pour une occlusion de la veine centrale de la rétine.  
Introduction traitement par PLAVIX, LOVENOX.



Rapporte un purpura et une œsophagite dans les suites de prise de PLAVIX et de LOVENOX.



- J-6 Injection de EYLEA intraoculaire au CH n°1.



- J-4 Patiente hospitalisée aux Urgences du CH n°2 pour nausées. Un bilan d'imagerie a été réalisé retrouvant une stase stercorale.

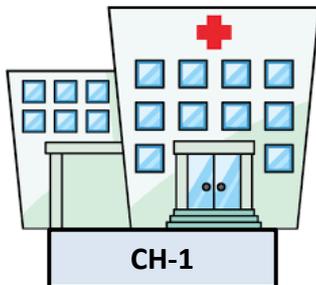
Introduction de traitements par laxatifs et PRIMPERAN.

Retour à domicile  
contre avis médical



Retrouvée évanouie par  
sa fille et son mari dans  
le jardin de ses parents





- J-3 Retour aux Urgences du CH n°1 pour perte de connaissance, confusion et dyskinésies.  
Introduction d'un traitement par ALPRAZOLAM.  
Proposition à la famille d'un internement. Refus du mari, sortie à J-1 contre avis médical.



- J0 La patiente se rend aux Urgences du CH n°3

Scanner cérébral : RAS

Bilan bio : RAS

Auscultation : RAS (cardio/pulm/neuro)

ECG : RAS

# Naissance du projet URGE-MED : contexte

## I. Les EIM dans la littérature : chiffres-clés et conséquences

**3,6%** (145 000) **des hospit. / an** liées à un évènement indésirable médicamenteux (EIM)<sup>1</sup>

1/3 des évènements graves **liés à un médicament**<sup>2</sup>

Erreurs médicamenteuses aux étapes de transition dues au défaut de transmission

**Iatrogénie médicamenteuse = Enjeu sanitaire et économique**

Surcoût entre **5000 à 6000 €** par EIM<sup>3,4,5,6</sup>

**Notion de population, médicament et organisation à risque** (âge ≥ 65 ans, anticoagulants, passage aux urgences...)

La pharmacie clinique a démontré son efficacité dans la prévention et la prise en charge des évènements iatrogènes médicamenteux<sup>7,8,9</sup>

1. Etude EMIR 2007 // 2. Etude ENEIS 2004, 2009 // 3. Bates DW et al. The costs of adverse drug events in hospitalised patients. *JAMA*, 1997. 277(4) : 307-11 //4. Bordet L et al. Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Adverse Drug Events Prevention Study Group. Eur J Clin Pharmacol*, 2001. 56(12) : 935-41. //5. Apretna E et al. Conséquences médicales et socio-économiques des effets indésirables médicamenteux. *Press Med*, 2005. 34(4) : 271-6. // 6. Leendertse AJ et al. Preventable hospital admissions related to medication (HARM) : cost analysis of the HARM study. *Value in Health*, 2011; 14(1) :34-40 //7. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, et al. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64. //8. Chisholm-Burns MA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010 Oct;48(10):923-33 //9. Remetter E et al. Étude de l'impact d'un processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire : rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante. *Rev Rhumatisme*. 2015; 82(6) : 402-7.

## II. La pharmacie clinique : les moyens

« *exercice de la pharmacie au lit du patient* »

Pharmacien intégré au service de soins afin d'assurer une utilisation efficace, sécuritaire des traitements tout en maîtrisant le coût

- Sur le continent nord américain = Pionniers
  - Développement dans les **années 60's**
  - **Facteurs déclencheurs** : procès, remaniement des études pharmaceutiques, automatisation de la distribution des médicaments, pénurie de médecin
- En Europe, arrivée plus tardive
  - Développement de cette activité dans les années 90's
  - Déploiement limité, très disparate d'un pays à l'autre

Sur le Continent Nord Américain entre 3 à 7 pharmaciens pour 100 lits

En Europe entre 0,24 (Bosnie) à 4,35 (Angleterre) pharmaciens pour 100 lits

En France, entre 0,5 à 0,75 pharmacien pour 100 lits

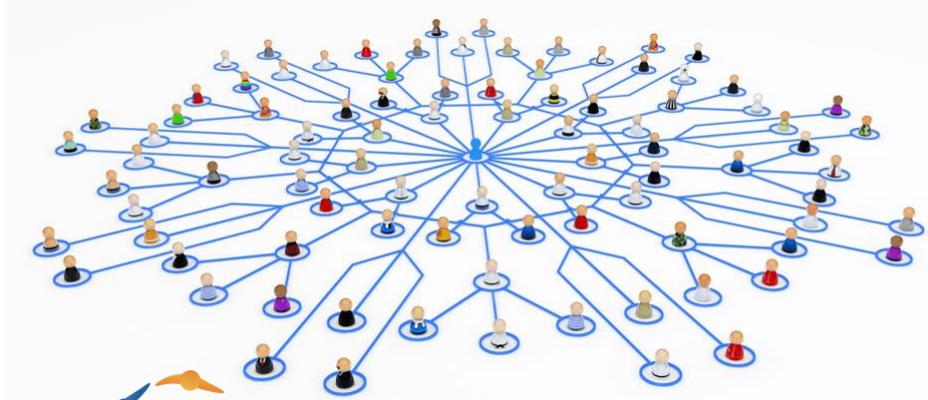
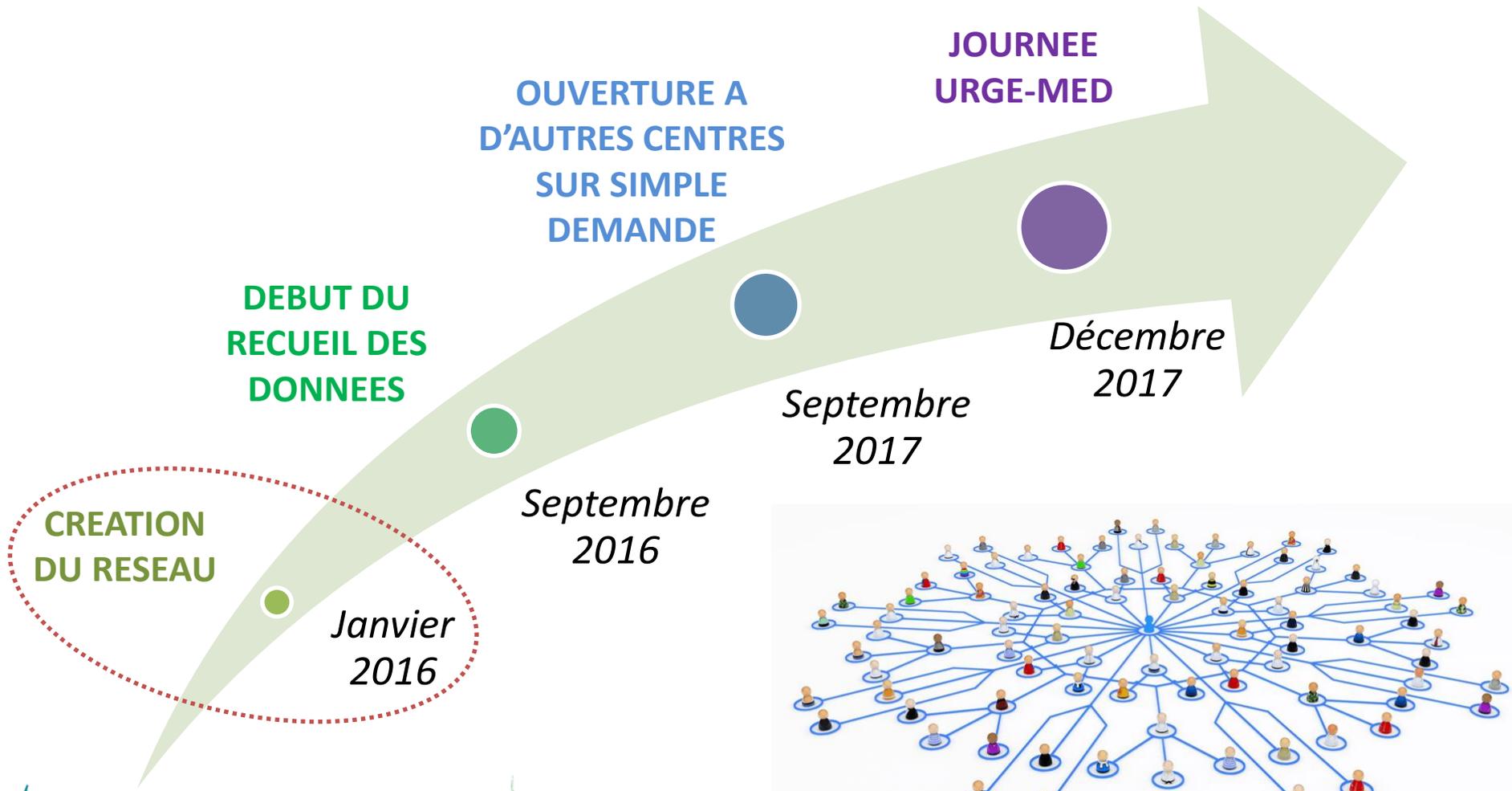
## III. La pharmacie clinique : Comment?

### Type d'activité:

1. Participation aux visites médicales
2. Optimisation des thérapeutiques
3. Conseil/Entretien/ETP aux patients
4. **Conciliation médicamenteuse**
  - Pratique organisationnelle requise (= obligatoire) pour l'accréditation des hôpitaux canadiens (2005)
  - Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), une des trois priorités pour la sécurité des patients (2011)



# Naissance et évolution du projet URGE-MED



# Partie II : Méthode et résultats

## I. URGE-MED : Objectif Principal

(OP) Coordonner la prévention, la détection et la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux.

Liste des Centres Hospitaliers participants :



*Demandes de renseignements et/ou adhésion en cours*

- > Centre Hospitalier de Annecy-Genevois (74)
- > Centre Inter-communal de Eure-Seine (27)
- > Centre Hospitalier de Guebwiller (68)
- > Centre Hospitalier de Troyes (10)
- > Centre Hospitalier de Luxembourg (lu)
- > Clinique Rhéna (67)
- > APHP (75) => 3 centres
- > Centre Hospitalier de Bretagne Sud (56)
- > CHU Besançon (25)



## II. URGE-MED : Modalités d'adhésion

### *Modalités d'adhésion des centres hospitaliers définis dans une charte.*

- ↳ Directeur du CH
- ↳ Président CME
- ↳ Chef de service de Médecine
- ↳ Chef de service de Pharmacie
- ↳ Pharmacien clinicien

## Charte URGE-MED de la personne hospitalisée

**Coordination de la prévention, la détection et la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux chez les patients hospitalisés**



Le centre hospitalier adhérant à la charte URGE-MED de la personne hospitalisée s'engage à respecter les principes généraux suivants.



Formation d'au moins un pharmacien à la détection et la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux.



Déploiement d'un pharmacien au minimum 0,5 jour par semaine dans l'unité de soins.



Collaboration des équipes médicales avec les équipes pharmaceutiques dans la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux.



Utilisation des outils validés dans la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux : conseil au patient, bilan médicamenteux, conciliation médico-pharmaceutique, évaluation de la compliance du patient...



Inclusion des patients dans l'étude URGE-MED et transmission des données anonymisées une fois par mois par mail au Groupe Hospitalier Saint Vincent ([r.santucci@ghsv.org](mailto:r.santucci@ghsv.org)).



Participation au groupe de travail URGE-MED. Sont membres du groupe de travail : le pharmacien chef de service et le pharmacien clinicien de chaque centre.



Participation à l'exploitation des résultats en totalité ou en partie sur décision des membres du groupe de travail URGE-MED.



Communication au nom du Groupe de Travail URGE-MED sur le risque iatrogène médicamenteux et sur les mesures préventives.

## III. La conciliation médicamenteuse aux urgences

La conciliation réalisée avec un pharmacien aux urgences :

Impact sur la continuité et la sécurité des traitements médicamenteux

Améliore l'exhaustivité et l'exactitude des données

- les traitements
- les allergies médicamenteuses

Impact sur la iatrogénie médicamenteuse

Identification et prise en charge en lien ou non avec le motif d'hospitalisation

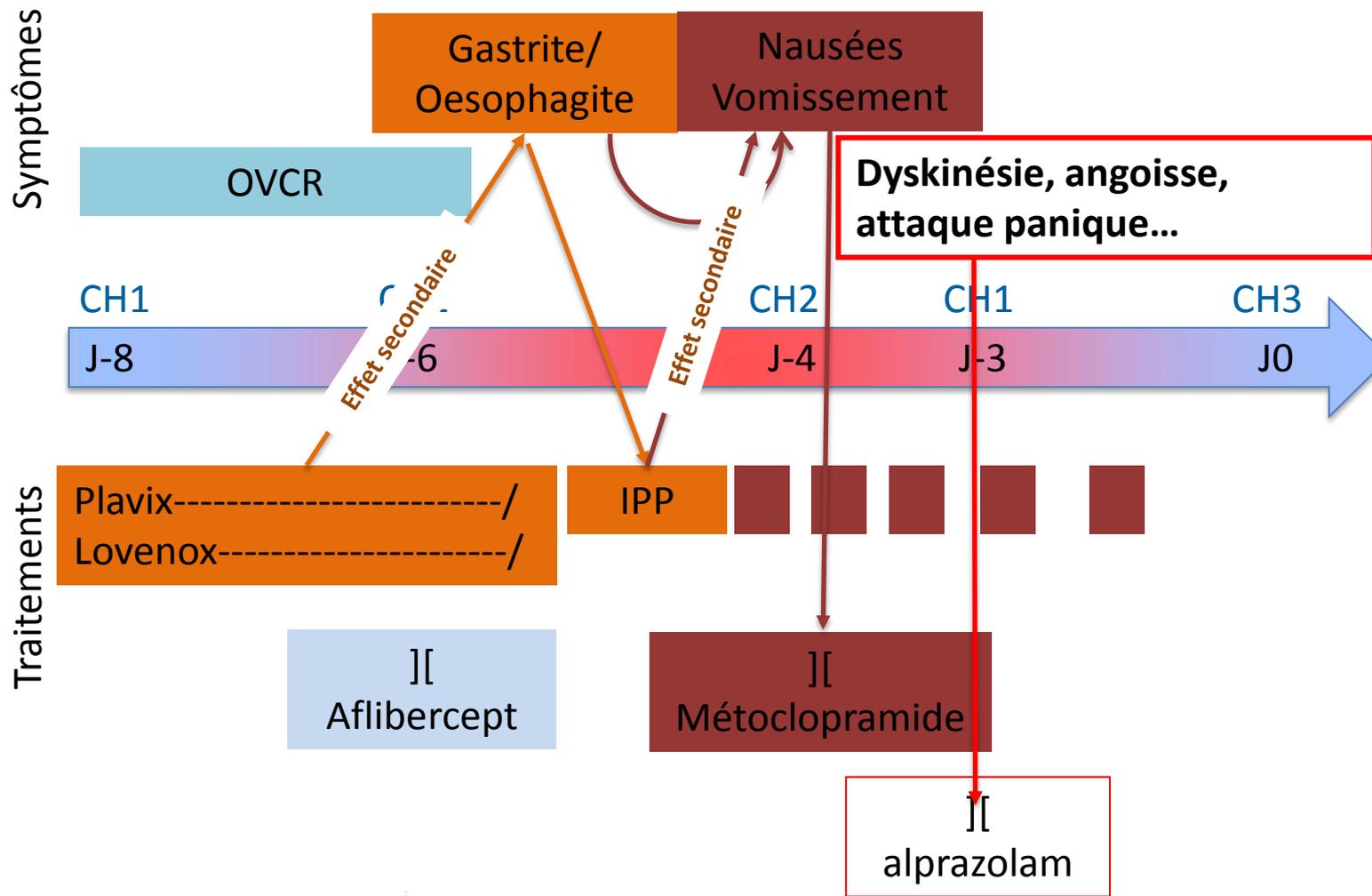
Réflexion complémentaire / pluridisciplinaire

Impact de l'activité **uniquement si** collaboration médecin-pharmacien

Participer à l'amélioration de la continuité et la qualité des soins

## Temporalité des évènements

Bilan Médicamenteux



## Identification d'un suspect => Métopropramide



### Effets indésirables :

#### Affections du système nerveux

*Fréquent* Troubles extrapyramidaux (en particulier chez les enfants et les jeunes adultes et/ou lorsque la dose conseillée est dépassée, y compris après administration d'une dose unique), syndrome parkinsonien, akathisie

*Peu fréquent* Dystonie, dyskinésie, troubles de la conscience

#### Affections psychiatriques

*Fréquent* Dépression avec symptômes légers à sévères incluant l'apparition d'idées suicidaires

*Peu fréquent* Hallucination

*Rare* État confusionnel

Identification d'un suspect => Métoclopramide

## Bibliographie (pubmed)

Troubles neurologiques et psychiatriques:

- ⇒ Apparition dans les premiers jours/ voir premières heures
- ⇒ Incidence : 0,2%
- ⇒ 70% femme

OK - pendant hospitalisation au CH-2

Facteurs favorisant :

- ⇒ Adulte jeune/ enfant **OK – 33 ans**

- ⇒ Femme **OK**

- ⇒ Dose élevée **Appel du CH-2, demande de fax des plans d'administration IDE**
  - 10mg à 19h00 (traçabilité papier par IDE 1)
  - 10mg à 21h00 (traçabilité informatique par IDE 2)

**EIMA – Surdosage**

- Poids 55 kg => posologie recommandée 5mg / injection
- Recommandations => intervalle MINIMAL de 6h entre 2 administrations (même si rejet dose ou inefficacité)

Identification d'un suspect => Metoclopramide

Evolution :

- ⇒ Souvent spontanément résolutive
- ⇒ Parfois définitif

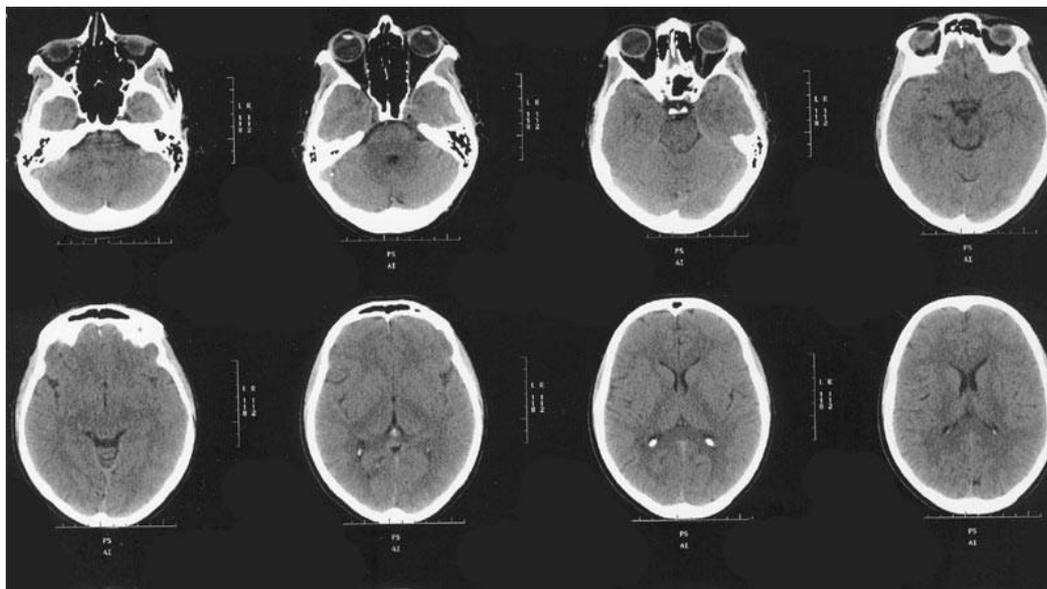
Prise en charge :

- ⇒ Rien, symptômes
- ⇒ Si persistance au-delà de quelques jours, traitement possible : anticholinergique (Artane, lepticur voie IM puis PO pendant 24 à 48 heures)



Suspect 1 : métopropramide

Suspect 2 : Lésion cérébrale=> scanner cérébral normal



Suspect 3 : Cause génétique (Huntington, dopa-sensitive, Wilson...) => Absence d'antécédents familiaux

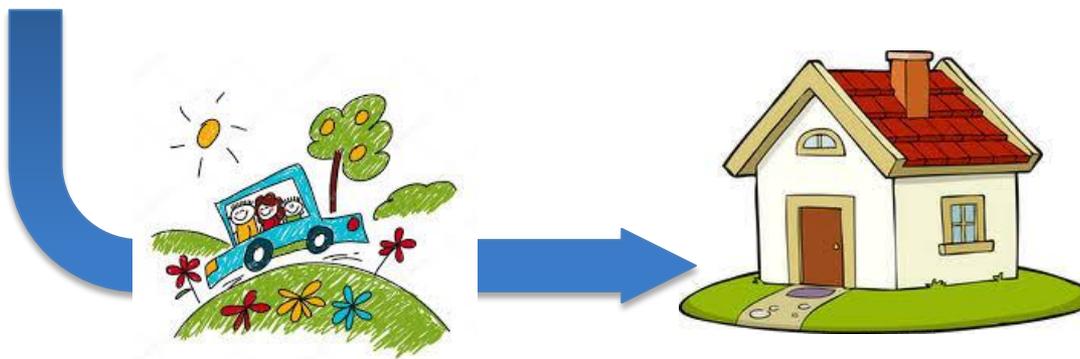
Suspect 4 : Affections neurodégénératives (sclérose en plaque, Guillain Barré...)

Suspect 5 : Dystonie induite par les neuroleptiques // NA

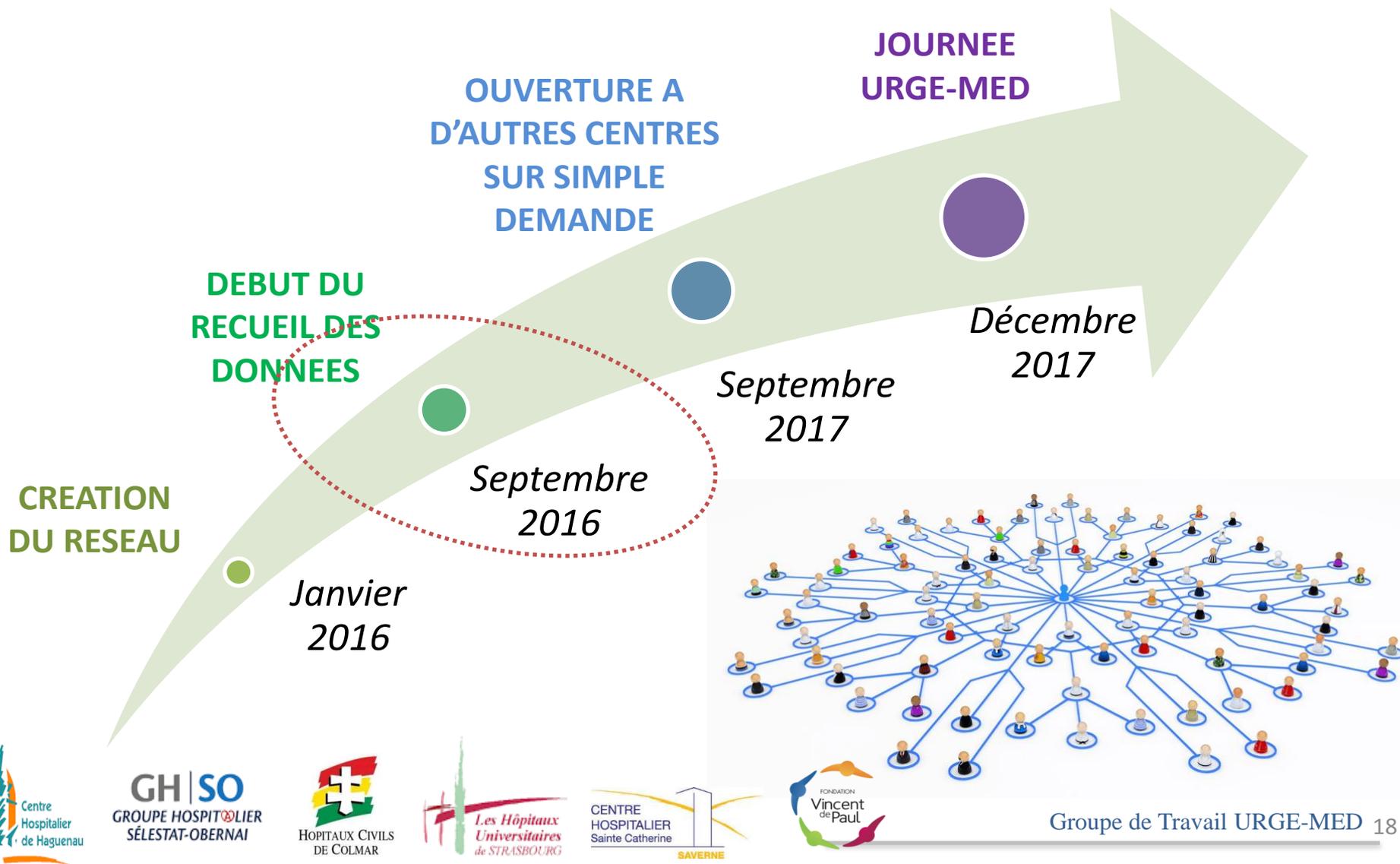
- J+1 Patiente transférée en médecine interne pour suite de prise en charge.

DP : Dyskinésie, attaque de panique. Idées suicidaires réactionnelles à la prise de PRIMPERAN dans un contexte de nausées.

- J+3 Patiente RAD



# Naissance et évolution du projet URGE-MED





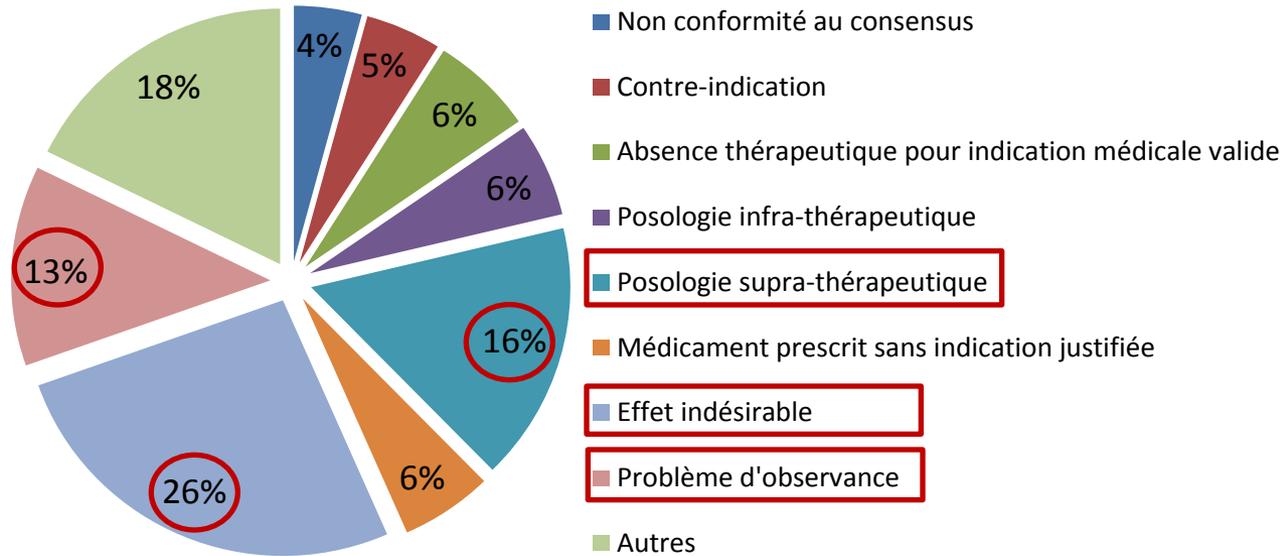
## III. URGE-MED : Données générales

Nombre de patient : 714      Age (ans) : 77 ± 15  
Sexe ratio (H/F) : 0.44      CEC (ml/min) : 66 ± 25  
Taux de patient présentant au moins une allergie médicamenteuse : 11%

**■ Critères d'évaluation :**

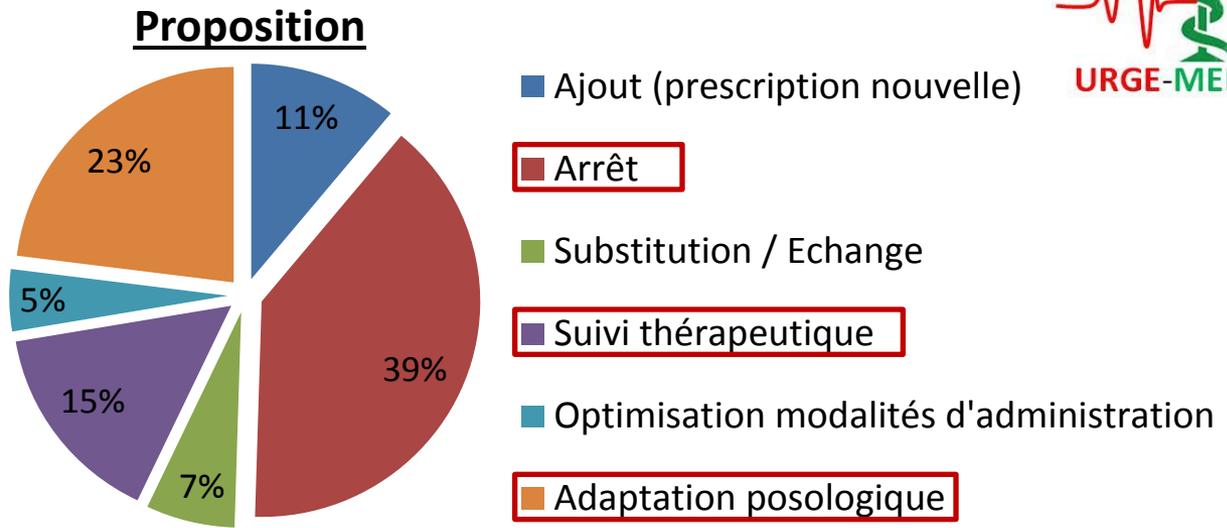
- Le taux de patients présentant un EIM----- 49%
- Le nombre moyen d'EIM par patient----- 0.87 ±1.16
- Le nombre d'intervention----- 620 IP

### Nature du problème

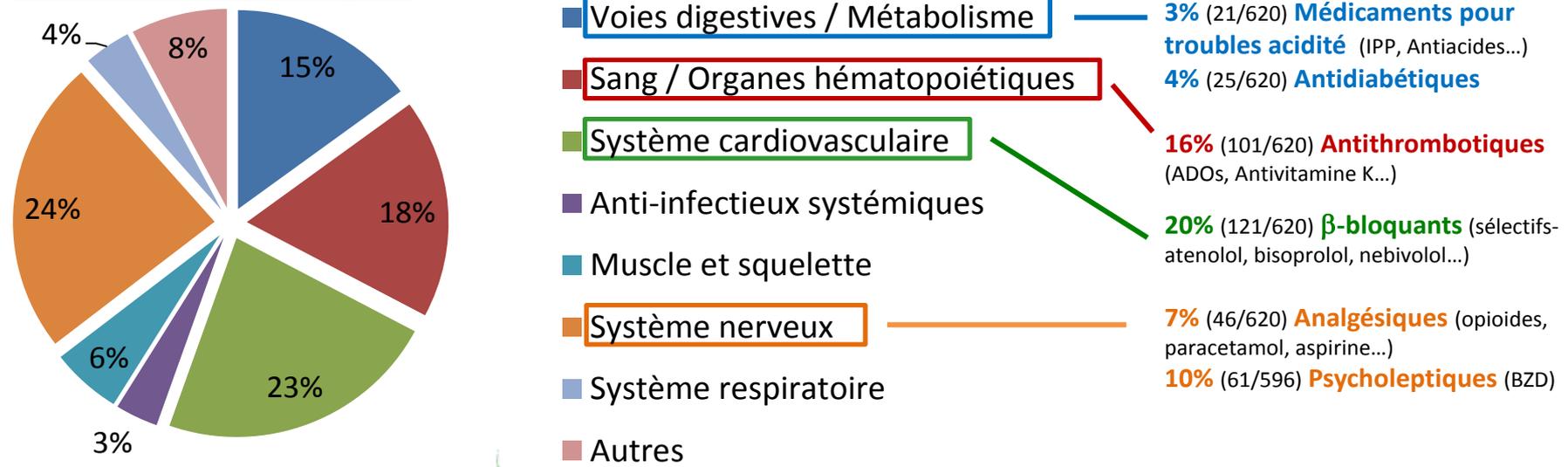




### III. URGE-MED : Données générales



#### Classes thérapeutiques





# IV. URGE-MED : Identification et qualification des EIMs

## ① EIM évitables

**N=714** patients  
354 présentent au moins 1 EIM

**N=159** patients présentant un  
**EIM potentiel**

**N=260** patients présentant un  
**EIM avéré**

**Evitable  
N=140**

**Non-évitable  
N=19**

**Evitable  
N=170**  
↓  
**Cause d'hospit :  
EIM avéré évitable  
N=114**

**Non-évitable  
N=90**  
↓  
**Cause d'hospit :  
EIM avéré non-évitable  
N=54**

Interventions à haut potentiel **DANS LA POPULATION ETUDIEE** pour l'amélioration de la qualité des soins  
**Taux de patient admis en UHCD ET présentant au moins un EIM évitable : 40%(282/714)**



## IV. URGE-MED : Identification et qualification des EIMs

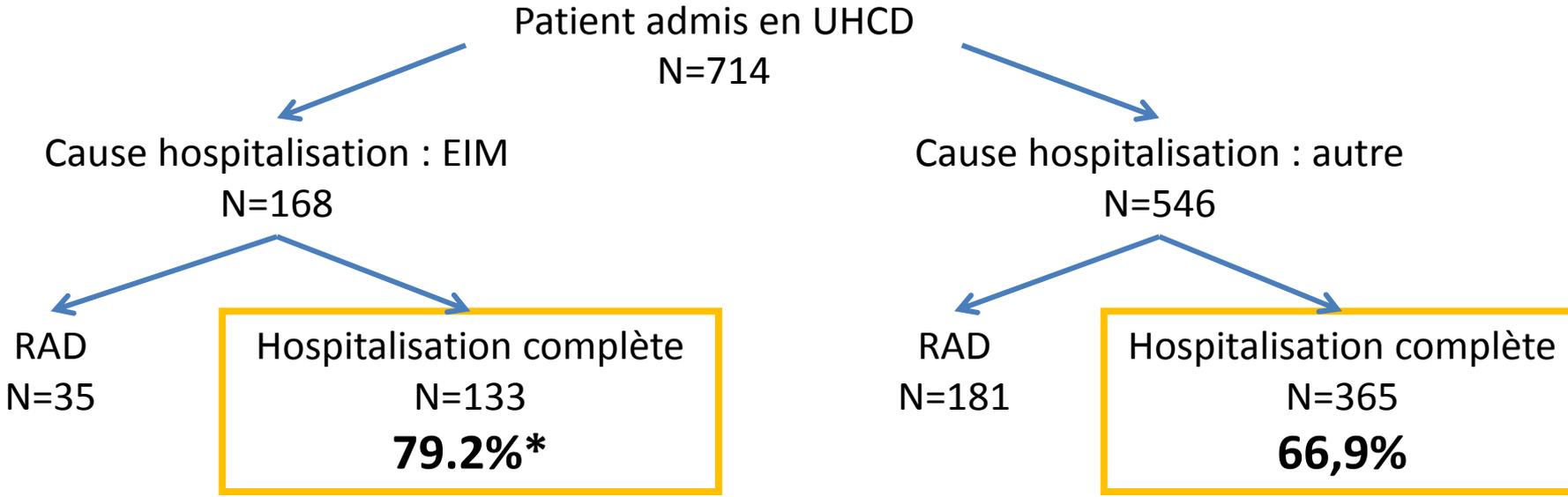
### ② EIM cause d'hospitalisation : évitables?

<b>Hospitalisation et Evènements Iatrogènes Médicamenteux Avérés</b>	
Taux d'hospitalisation en UHCD du à un EIA	<b>24% (168/714) Dont 68%(114/168) évitable</b>



# V. URGE-MED : Evaluation médico-économique

## ① Taux de patient transféré



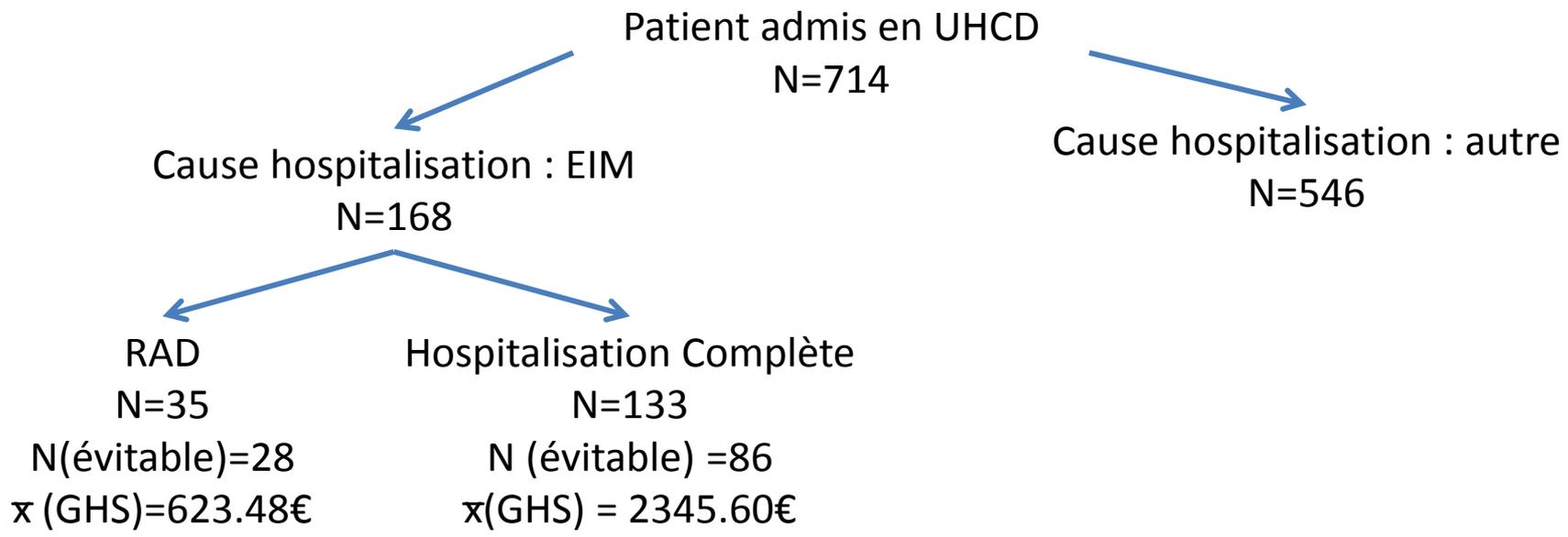
Un patient hospitalisé en UHCD suite à un EIM a **1.88 fois plus** de chance de bénéficier d'une hospitalisation complète après sa prise en charge en UHCD (Odd ratio=1,88[1,25;2,84])

\*Test statistique de comparaison de 2 pourcentages significatif au risque  $\alpha \leq 0.005$



# V. URGE-MED : Evaluation médico-économique

## ② Coût des EIM avérés pour la sécurité sociale

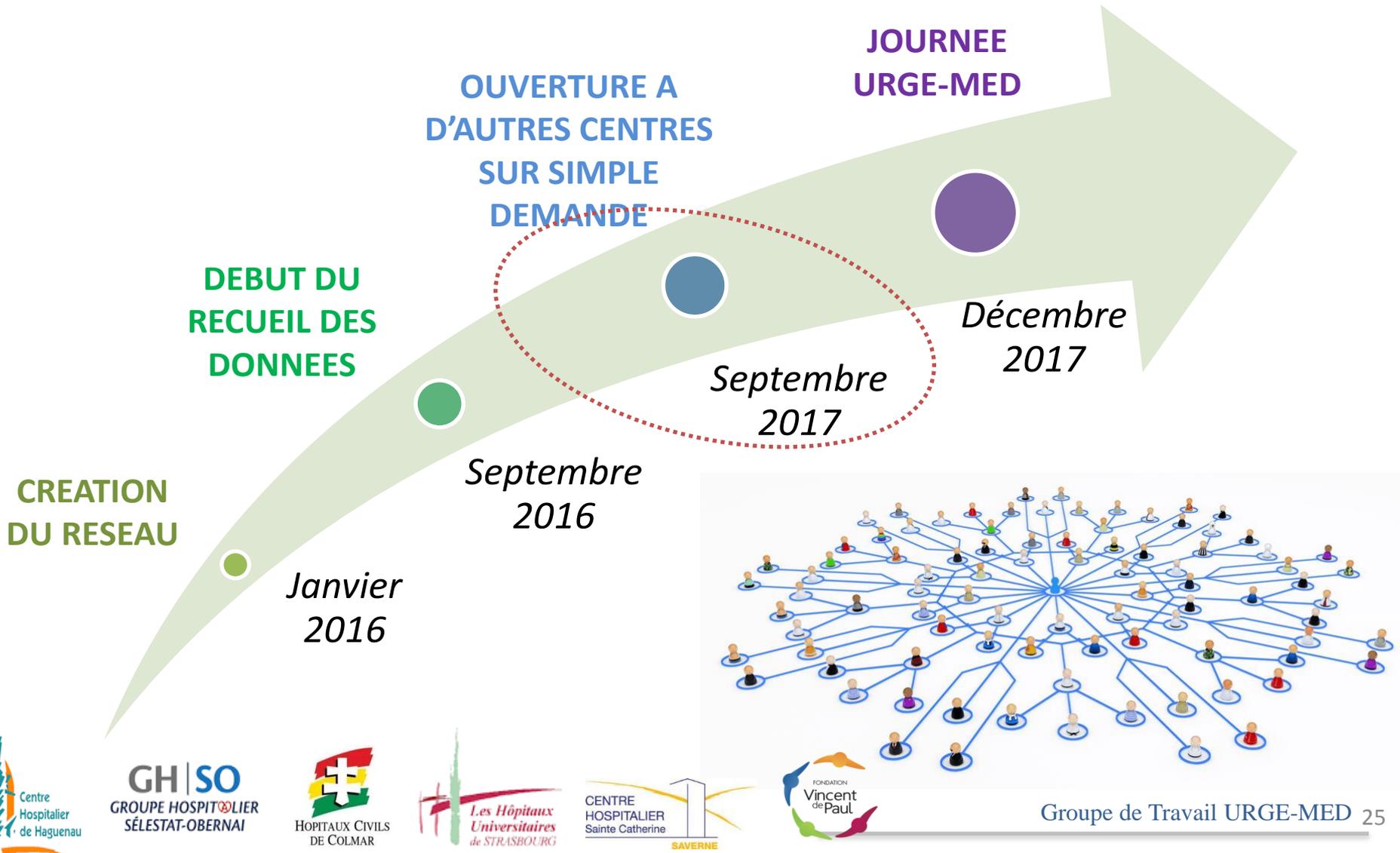


URGEMED (168/714)  
UHCD sur 5 CH)

Dépense sécurité sociale des EIM en UHCD	333 K€
Dépense évitable sécurité sociale des EIM en UHCD	219 K€



# Naissance et évolution du projet URGE-MED



## I. URGE-MED V2: Ouverture des inclusions aux autres services MCO

### Données générales V2

Nombre de patient : 52      Age (ans) :  $85 \pm 6$   
Sexe ratio (H/F) : 0,3      CEC (ml/min) :  $62 \pm 20$   
Taux de patient présentant au moins une allergie médicamenteuse : 17%

### ❶ EIM cause d'hospitalisation : évitable?

#### Hospitalisation et Evènements Iatrogènes Médicamenteux Avérés

Taux d'hospitalisation due au moins en partie à un EIA

**56% (29/52)**  
**Dont 55% (16/29) évitables**

# II. URGE-MED : une activité à forte valeur ajoutée?

La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en tant que stratégie de santé, améliore la **qualité des soins** et peut être à l'origine de nombreuses **sources d'économies**

Parmi les économies directes attendues, on peut citer les coûts évités :

- Des traitements : 125 € à 955 € / patient / an
- Des ré hospitalisations : 510 € - 745 € / patient
- Des journées d'hospitalisation : 2 à 4,4 jours (soit 600 € à 4675 €)

→ Ratio coût-efficacité : 1 euro investi dans la CM permet une économie moyenne de 23 € / patient

# III. Déploiement de URGE-MED : quelles sont les exigences des tutelles?

## CAQES –

### Article 10-2 : développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

- L'établissement s'engage à développer des pratiques pluridisciplinaires tant au niveau interne qu'au niveau territorial et régional en vue de garantir **la continuité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique** du patient tout au long de son parcours de soins.
- L'établissement s'engage à mettre en œuvre une stratégie de déploiement de la **pharmacie clinique** intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la **conciliation médicamenteuse** (réalisation d'une analyse de risque pour prioriser les patients)

# IV. Déploiement de URGE-MED: Comment relever le défi?

Sensibiliser les professionnels de santé aux risques iatrogéniques médicamenteux aux points de transitions

Définir les patients et / ou processus à risque pour lesquels la conciliation devra être obligatoire

Définir le rôle de chaque acteur dans la réalisation d'une conciliation médicamenteuse pour rendre l'activité pérenne

### IV. Avenir du groupe URGE-MED?

- Adhésion de nouveaux centres hospitaliers
- Communication auprès des acteurs de la ville (médecins / pharmaciens/ IDE) pour une meilleure prise en compte du risque iatrogène médicamenteux aux points de transitions
- Pérennisation de la démarche dans nos centres hospitaliers pour les pharmaciens ne disposant pas d'un temps dédié à la démarche de conciliation médicamenteuse en UHCD

# Conclusion



① Coordination des Centres Hospitaliers est effective dans le cadre du projet de la détection, prévention et prise en charge du risque iatrogène médicamenteux.

② Résultats de cette coordination :

☹️ **24%** des hospitalisations en UHCD dues au moins en partie à un EIMA.

🏠 **1,9** **Milliards** de coût au niveau **national** (dont plus de la moitié évitables).

③ Devenir membre du réseau URGEMED c'est :

- Développer dans son Centre Hospitalier la pharmacie clinique
- Participer au groupe de travail
- Bénéficiaire des supports et de la méthode de travail
- Bénéficiaire d'un accompagnement PUIS accompagner d'autres CH
- Partager son expérience