

Evaluation de la mise en œuvre du bilan de médication optimisé / de la conciliation médicamenteuse par les étudiants de 6^e année officine – site Nancy

Groupe projet

URPS Pharmaciens : Julien GRAVOULET

OMEDIT : Virginie CHOPARD et Pierre Le QUINIO

ARS : Sophie MALBLANC

Etudiant 6^e année officine : Martin CRETON

2017

SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

CONTEXTE

- Développement d'une méthodologie et d'outils dans le cadre d'une expérimentation en lien avec le dispositif PAERPA (avril à fin août 2016)
 - Groupe de travail : URPS pharmaciens, URPS médecins, ARS, OMEDIT
 - Comité scientifique : médecins gériatres, médecins, pharmaciens
 - Groupe expérimentateurs Pharmaciens-médecins
- Formation des étudiants en 6^e année en officine à la méthodologie et aux outils
 - Objectif de stage : 4 cas cliniques Bilan médicamenteux optimisé / conciliation médicamenteuse

SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- DISCUSSION ET PERSPECTIVES

METHODE

- Population cible:
 - Patient âgé :
 - > 65 ans
 - ou > 60 ans à la demande du médecin (polymédiqué)
- Lieux :
 - Officines de villes
 - Ante région Lorraine
- Participants à l'expérimentation :
 - Etudiants 6ème année filière officine
 - Accord patient nécessaire pour participation

MATERIEL/OUTILS

Référentiels de pharmacie clinique

Start & Stop V2

Guide de bon usage du médicament en gériatrie (Omedit Lorraine)

STOPP : Screening Tool of Older Persons' Prescriptions

A. Système cardio-vasculaire	
A1	un traitement prolongé par digoxine à une dose > 125 µg/jour en présence d'une insuffisance rénale Cockcroft < 50 ml/min (augmentation du risque de toxicité)
A2	un diurétique de l'anse pour le traitement des œdèmes des membres inférieurs associés à l'insuffisance veineuse, c-4-6, absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, de décompensation d'une cirrhose hépatique ou d'un syndrome néphrotique (laborer d'efficacité démontrée, préférer une contention veineuse)
A3	un diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une hypertension essentielle (alternatives plus efficaces et moins délébiles cliniquement)
A4	un diurétique thiazidique chez un patient atteint de goutte (risque de crise de goutte)
A5	un β-bloquant non cardioselectif (chez un sujet avec une broncho-asthme chronique obstructive (BPCO) ou risque de bronchospasme)
A6	β-bloquant et vérapamil en association (risque agrément de bloc de conduction)
A7	calcium ou vérapamil en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV (risque de majorer l'insuffisance cardiaque)
A8	un antitachycardique sur terrain de constipation chronique (risque de majorer la constipation)
A9	apiprine et anti-vitamine K (AVK) en association sans protection digestive par antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) (excepté la cimétidine en raison du risque d'interaction avec les AVK) ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque élevé de saignement gastro-intestinal)
A10	dipyridamol, en monothérapie, en prévention secondaire des événements cardiovasculaires (efficacité non démontrée)
A11	apiprine en présence d'une maladie ulcéreuse gastro-intestinale et en l'absence d'une protection digestive par anti-H2 ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque de saignement gastro-intestinal)
A12	apiprine à une dose > 150mg/jour (augmentation du risque de saignement sans augmentation démontrée de l'efficacité)
A13	apiprine ou clopidogrel en l'absence d'une échocardiographie documentée par un événement clinique ou par imagerie, notamment au niveau coronaire, cérébro-vasculaire ou des artères des membres inférieurs (pas d'indication)
A14	apiprine ou clopidogrel en traitement de vertiges non clairement attribuables à une origine cérébro-vasculaire (pas d'indication)
A15	anti-vitamine K, pour une durée > 6 mois, en traitement, d'un premier épisode non compliqué, de fibrillation veineuse profonde (pas de bénéfice démontré)
A16	anti-vitamine K, pour une durée > 12 mois, en traitement, d'un premier épisode, non compliqué, d'embolie pulmonaire (pas de bénéfice démontré)
A17	apiprine, clopidogrel, dipyridamol et anti-vitamine K en présence d'une maladie hémorragique (pas risque hémorragique)
B. Psychotropes et Système Nerveux Central	
B1	antidépresseurs tricycliques (TCA) en présence d'un syndrome démentiel (risque de majoration la dysfonction cognitive)
B2	TCA en présence d'un glaucome (Toxicité l'accommodation du glaucome)
B3	TCA en présence de troubles de la conduction cardiaque (risque d'aggravation des troubles conduction)
B4	TCA en présence d'une constipation chronique (risque de majorer la constipation)
B5	TCA en association avec des opioïdes ou des anticholinergiques (risque de constipation sévère)
B6	TCA en présence d'une obstruction prostatique ou d'une histoire de rétention urinaire (risque de rétention urinaire)
B7	utilisation prolongée (à > 1 mois) de benzodiazépines de longue durée d'action (chlorazépate, fludiazépate, nitrazépate, cétazépate) (risque de dépendance, chute, confusion, troubles de l'équilibre, chute)
B8	clonazépate (risque de sédation prolongée, confusion, troubles de l'équilibre, chute)
B9	prescription prolongée (à > 1 mois) d'un neuroleptique comme traitement hypnotique (risque de confusion, hypotension, risque de syndrome extrapyramidal, chute)
B10	prescription prolongée (à > 1 mois) d'un neuroleptique à action anticholinergique (risque d'aggravation des symptômes extrapyramidaux)
B11	phénothiazines chez des sujets âgés (risque de diminuer la sensibilité à l'anticholinergique)
B12	anticholinergiques en traitement des symptômes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques (risque de syndrome cholinergique)
B13	inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI) en présence d'une hypotension (hypotension non-orthostatique < 130 mmHg), persistante sur au moins 2 mois
B14	prescription prolongée (> 1 semaine) d'anti-histaminiques de première génération : diphenhydramine, chlorphiramine, cyclizine, prométhazine (effets sédatif et anti-cholinergique)
C. Système gastro-intestinal	
C1	opiphenazate, loperamide ou phosphate de codéine en traitement de diarrhées d'étiologie inconnue (risque de retard diagnostique, d'aggraver une diarrhée parasitaire, développer un mégalon toxique dans le cas d'une pathologie inflammatoire, retarder le guérison d'une gastroentérite)
C2	opiphenazate, loperamide ou phosphate de codéine phosphate en traitement de gastro-entérique d'origines infectieuses sévères (risque d'aggravation ou de propagation de l'infection)
C3	prochlorperazine ou metoclopramide en présence d'un syndrome parkinsonien (risque d'aggravation du parkinsonisme)
C4	inhibiteur de la pompe à protons (IPP) en traitement d'une pathologie ulcéreuse à la dose maximale pour une durée > 8 semaines (arrêt précoce ou réduction progressive de la dose en traitement maladie ulcéreuse ou d'un reflux gastro-œsophagien indolore)
C5	antispasmodique anti-cholinergique en cas de constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation)
D. Système respiratoire	
D1	Theophylline en monothérapie dans la BPCO (alternatives plus sûres et plus efficaces disponibles; risques d'effets indésirables majorés en raison d'un index thérapeutique étroit)
D2	Corticostéroïdes systémiques à la place d'une forme inhalée en traitement de fond d'une BPCO modérée-avancée (exposition non obligatoire aux effets systémiques des corticostéroïdes)
D3	bronchodilatateurs en présence d'un glaucome (peut exacerber le glaucome)



Guide PAPA

Sous la direction des Professeurs Olivier Hanon et Claude Jeandel



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

LE GUIDE P.A.P.A



Liste Laroche

Critères de Laroche et Charmes 2007

n°	Critère	exemple de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
Anticholinergiques				
1	Indolamine par voie générale	CHIRONOXOL, MOODIC, DOLCIDIUM G4	Effets indésirables neurologiques de 3ème intention	Autres ANS sauf phénylène
2	Phénothiazine	BUZATIOLINE	Effets indésirables hémorragiques sévères	Autres ANS sauf indolamine par voie générale
3	Association d'un médicament ANS		Faible efficacité et/ou augmentation du risque d'effets indésirables	Un seul ANS
Médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques				
4	Antidépresseurs tricycliques : clomipramine, imipramine, nortriptyline, maprotiline, doxépine, desipramine, réserpine	ANAFRANIL, DEFARIL, LAROXIL, ELAVIL, LUCIDROL, PROTHADIN, DUSTALON, SUMODOL, TORANIL	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les (TC) sur certains dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 3ème intention	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (RSI), inhibiteurs du recaptage de la dopamine et de la noradrénaline (SDN)
5	Neuroleptiques phénothiaziniques : chlorpromazine, fluphenazine, amiprazolone, levomepromazine, pipozazine, cyamépromazine, amisulpride	LARGACTIL, MODOTAN, MODICATE, REULEPTIL, MODANAL, POFORT, TERCIAN, TRILFAN RETARD	Effets anticholinergiques. Prescription de 3ème intention	Neuroleptiques non phénothiaziniques tricycliques, réserpiniques, sérotoninergiques, noradrénergiques
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : zolpidem, zolédem, zolmitriptan, zolédem, zolmitriptan	ZONORAN, ZOLEM, NOCTAN, MIFRONZINE, THEBALINE	Effets anticholinergiques et effets sédatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à action de courte ou moyenne durée, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Anti-histaminiques H1 : prométhazine, hydroxizine, alémizone, carbémazone, hydroxyzine, benzydramine, deschlorpheniramine, deschlorpheniramine-levosalbutamol, cétirizine, lorazépine	PHENEXAL, PRIMALAR, QUITABEIL, THEBALINE (SOP), TEPIDOL, ALLERGIDON, ATARAX, DIMEDOL, POLARANE, CELESTAMINE, PERACTINE, APILAN	Effets anticholinergiques, somnolence, vertiges	Cétirizine, desloratadine, lorazépine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : butylbromure, butylbromure, colipropazine	DIOPHAN, DRIFANE, DETRUSTOL, VESICARE	Effets anticholinergiques, peuvent être évités dans la mesure du possible	Trospium ou autres médicaments avec effets d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
Anxiolytiques, hypnotiques				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (> 20 heures) : bromazepam, cétazolam, chlorazépate, diazépam, clobazam, lorazépam, oxazolam, nitrazépam, tétrazépam, flunitrazépam, chlorazépate, cétazolam, zolpidem, zolédem, zolmitriptan	LEVAL, VALIOL, NOVIZAM, DE LIBRAL, LIBRAL, URBANIL, NORZOL, VICTAL, MOGADON, RICHYFOL, TRANEXEM, NOCTAN, NUCTALON	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie chez l'âge - augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

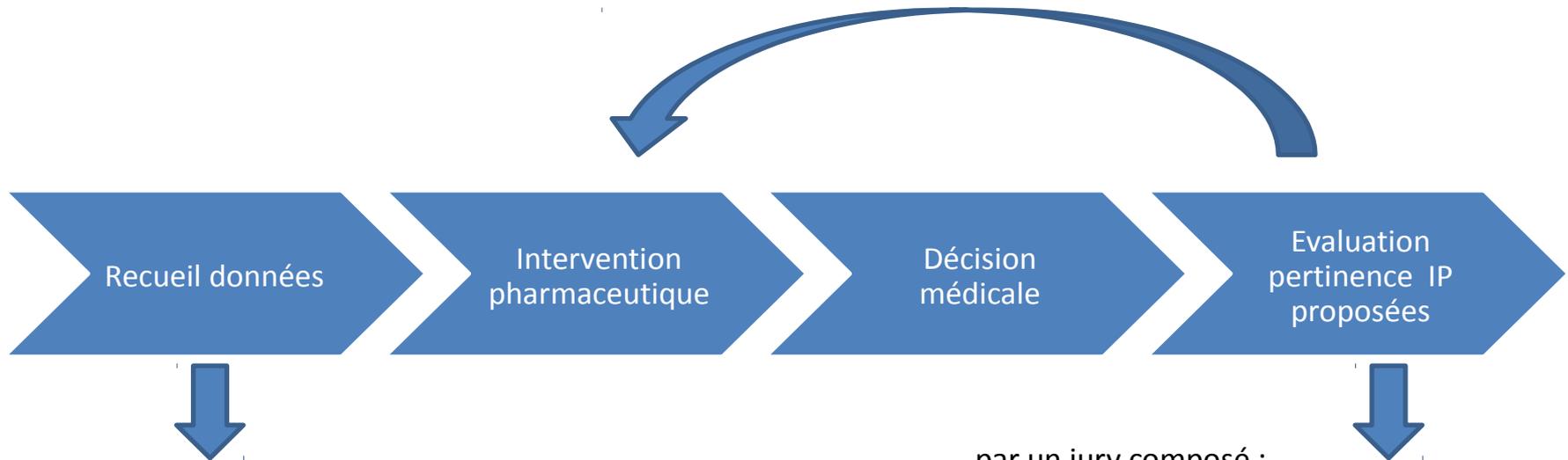


Autres : RCP/Therapie/ GPR

SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Schéma de l'étude



Sources d'information consultées

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Patient | <input checked="" type="checkbox"/> Dossier pharmaceutique |
| <input type="checkbox"/> Entourage | <input checked="" type="checkbox"/> Historique logiciel pharmacie |
| <input type="checkbox"/> Infirmière libérale | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Autre pharmacien d'officine | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste / Type d |

par un jury composé :

- Un pharmacien d'officine / URPS
- Un pharmacien inspecteur de santé publique
- Un pharmacien hospitalier / OMEDIT
- Un interne en pharmacie
- Un étudiant ayant participé à l'expérimentation

Schéma de l'étude

Modalités de réévaluation des IP
Post expérimentation pour juger de la pertinence des interventions proposées

Définition

Amélioration de la PECM :

- Recommandation selon RCP ou autres référentiels validés par des sociétés savantes et faisant consensus
- Amélioration directe de la PECM du patient suite à cette IP

Doit pouvoir :

- justifier un appel au médecin,
- engendrer une modification directe de la prise en charge thérapeutique du patient (s'il s'agit d'une demande de suivi thérapeutique c'est parce qu'une nouvelle association ou un contexte clinique particulier nécessite un monitoring).

POS
ITIF

Sans amélioration immédiate de la PECM :

- Notion de présomption : Amélioration probable pour le patient mais qui ne peut - être vérifiée
- Sans impact immédiat dans la PECM
- Amélioration administrative mais pas de plus-value pour le patient

SAN
S
IMP
ACT

Intervention préjudiciable dans la PECM du patient:

- en fonction des recommandations de bonnes pratiques
- en fonction du tableau clinique propre au patient (ex arrêt IPP n'est pas applicable à tous les patients)

NE
GAT
IF

Pour l'ensemble des dossiers jugés négatifs il y a eu un second tour de présentation aux autres membres du jury

SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

RESULTATS

Description de la population étudiée

Age / Sexe

248 patients de 62 officines de Lorraine :

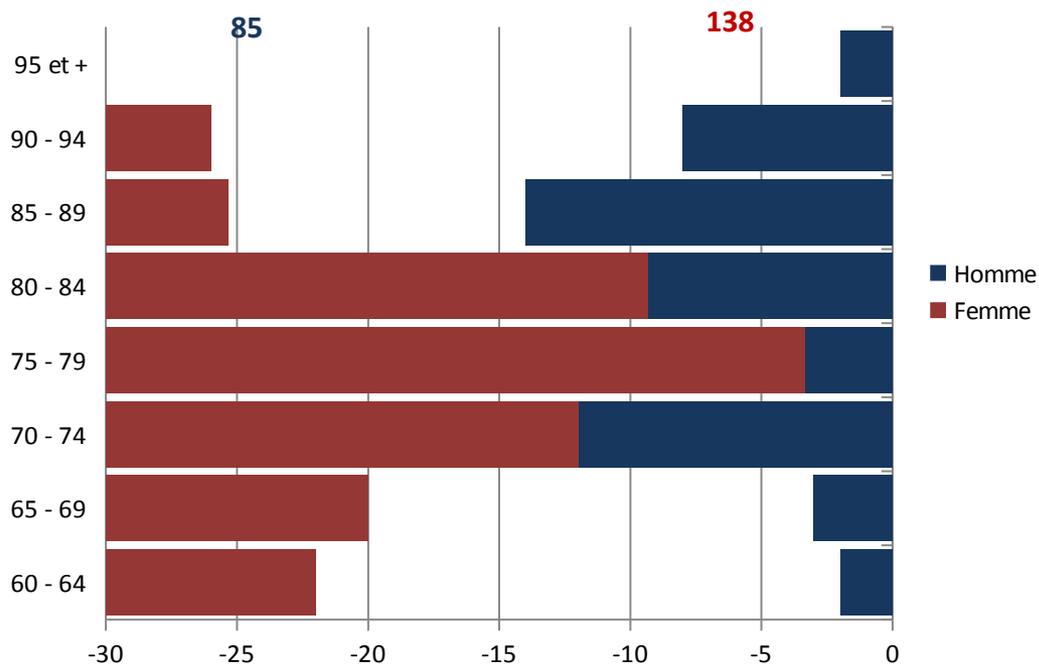
sexe ratio H/F = 0,6

Femmes : majorité de patients ayant entre 80 et 84

Hommes : entre 75 et 79 ans

Pyramide des âges

N = 223 (NR = 25)

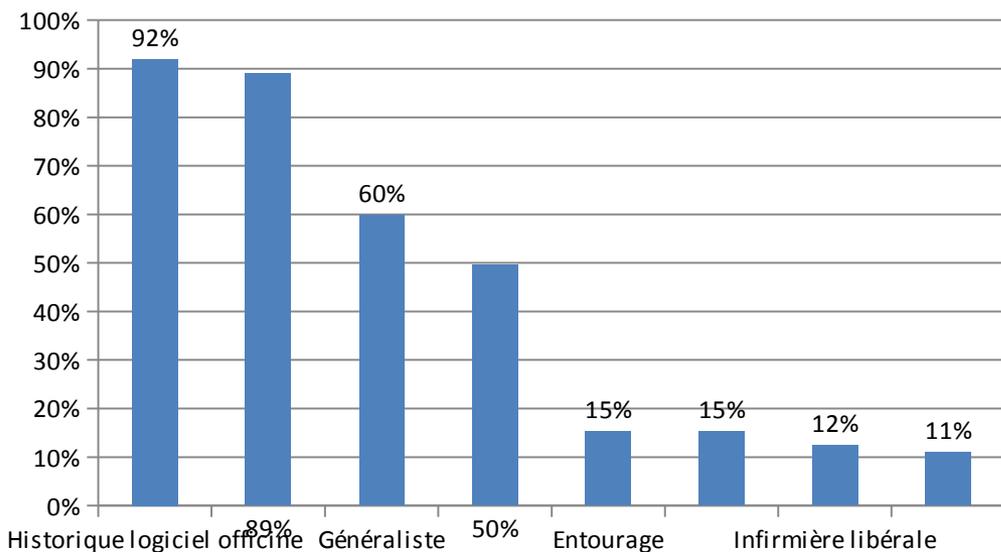


RESULTATS

Description de la population étudiée

N= 137 (NR = 111)

Sources consultées



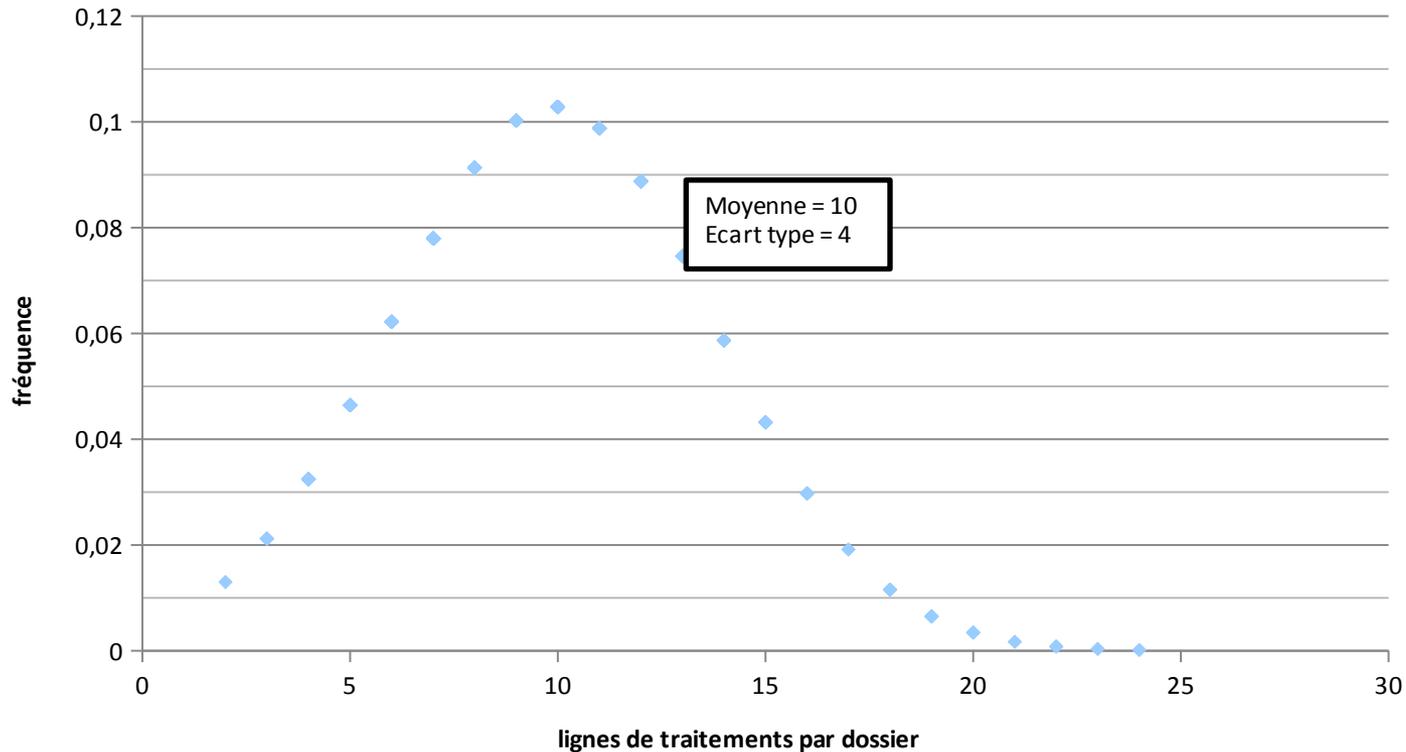
Nb de sources consultées	Nombre de patients
1	6
2	44
3	54
4	15
5	13
6	2
7	3

64% des patients ont été conciliés avec 3 sources ou +

RESULTATS

Description de la population étudiée

Courbe gaussienne du nombre de traitements médicamenteux par patient



Nb lignes de traitement comprenant :

- Médicaments (classification ATC)
- Homéopathie
- Compléments alimentaires
- Placebo



Exclusion des dispositifs médicaux et des vaccins (car prise unique et ne représentent pas une polymédication)

Observance selon le score de Girerd pour 196 patients (NR = 52)

Observance (score de Girerd)	Nb Patients
Bon Observant	53%
Non observant mineur	38%
Non observant	9%

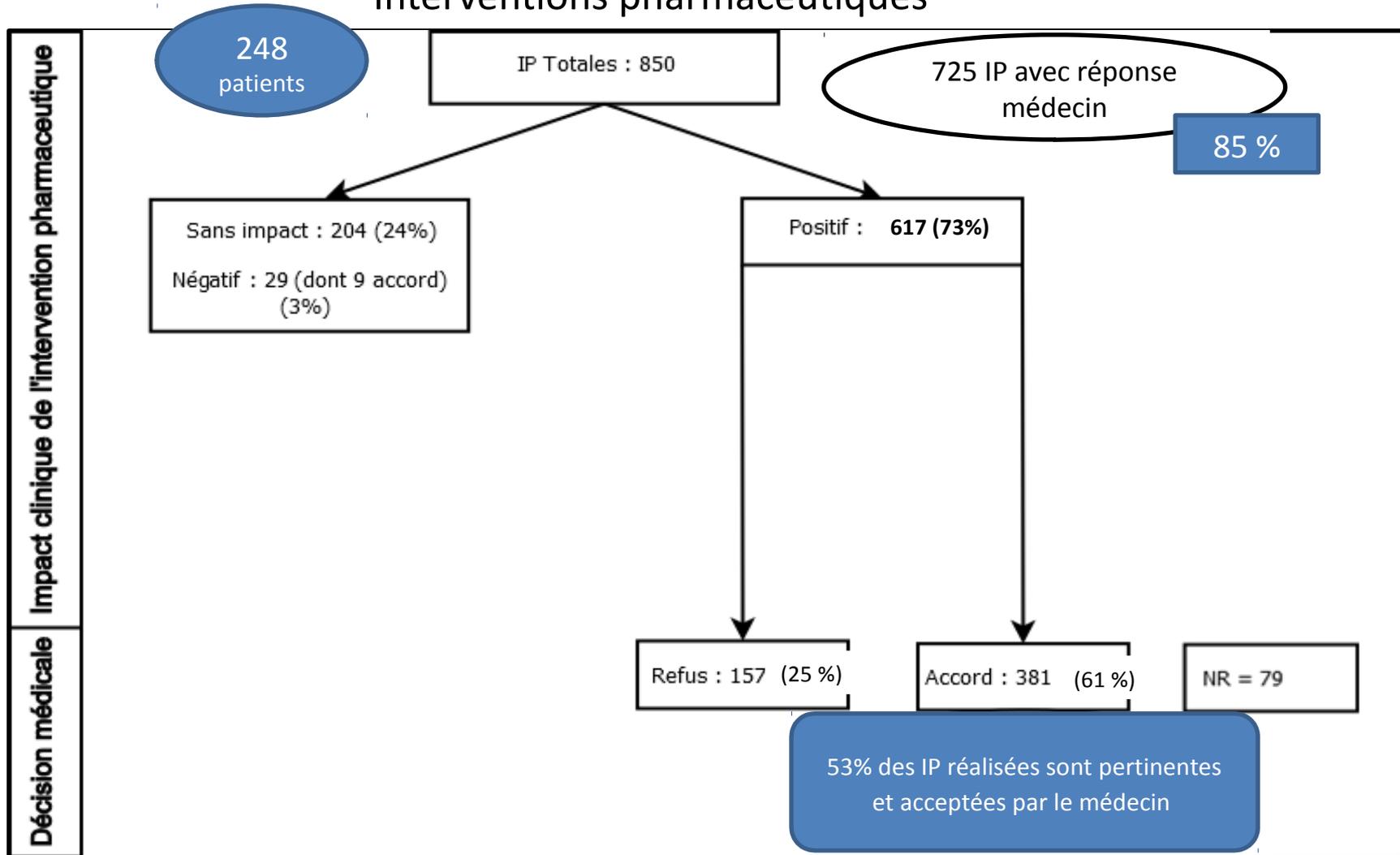
Contexte ayant motivé l'inclusion du patient à l'étude pour 164 patients (NR = 84)

Contexte	Patients
Sortie hospitalisation	6%
A la demande du médecin traitant	12%
Doute sur l'observance	13%
Polymédication	55%
Autre	13%

RESULTATS

Analyse pharmaceutique / intervention pharmaceutique

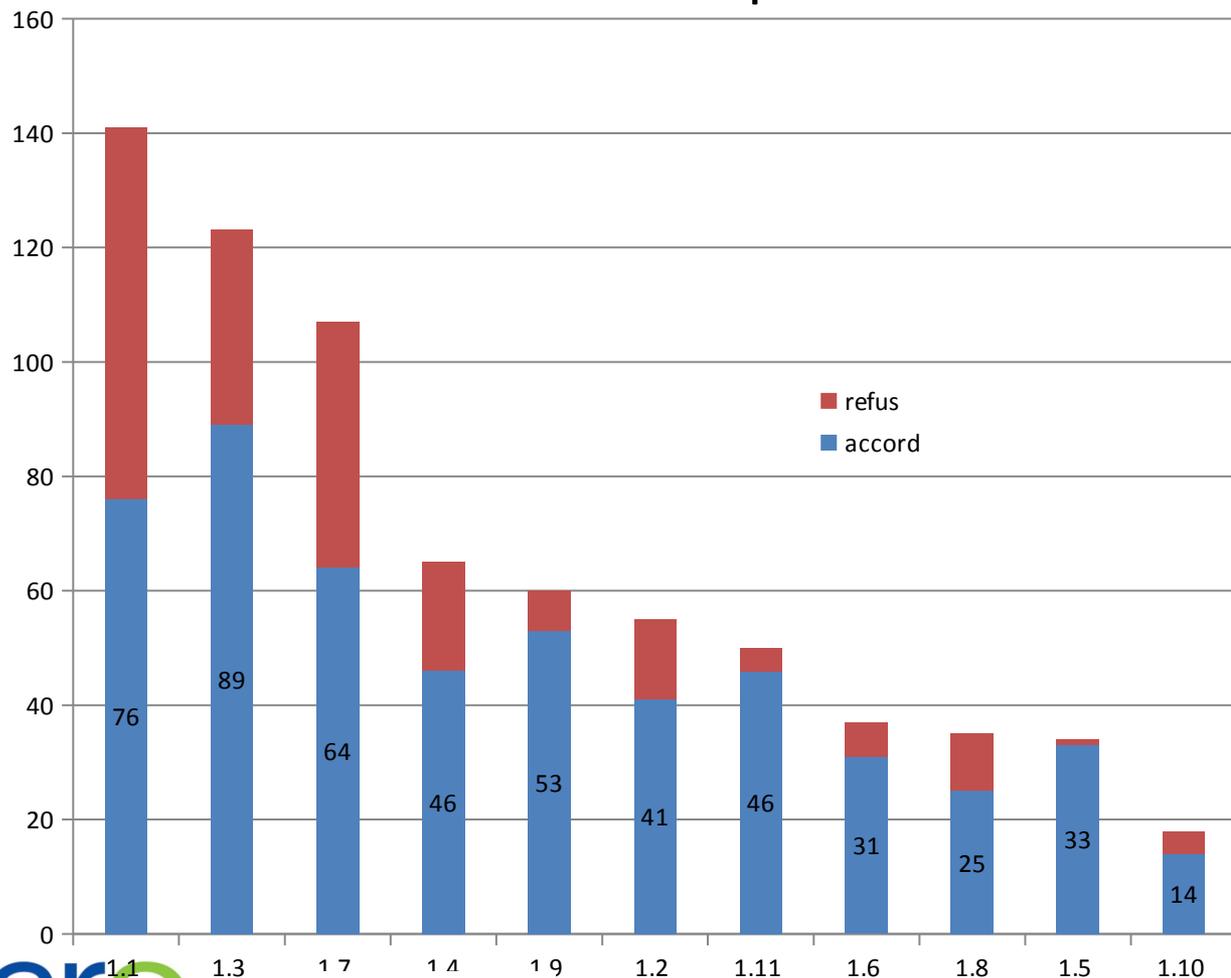
Interventions pharmaceutiques



RESULTATS

Interventions pharmaceutiques totales avec réponse
médecin

Nombre d'IP par type de problématique avec taux d'acceptabilité par le médecin



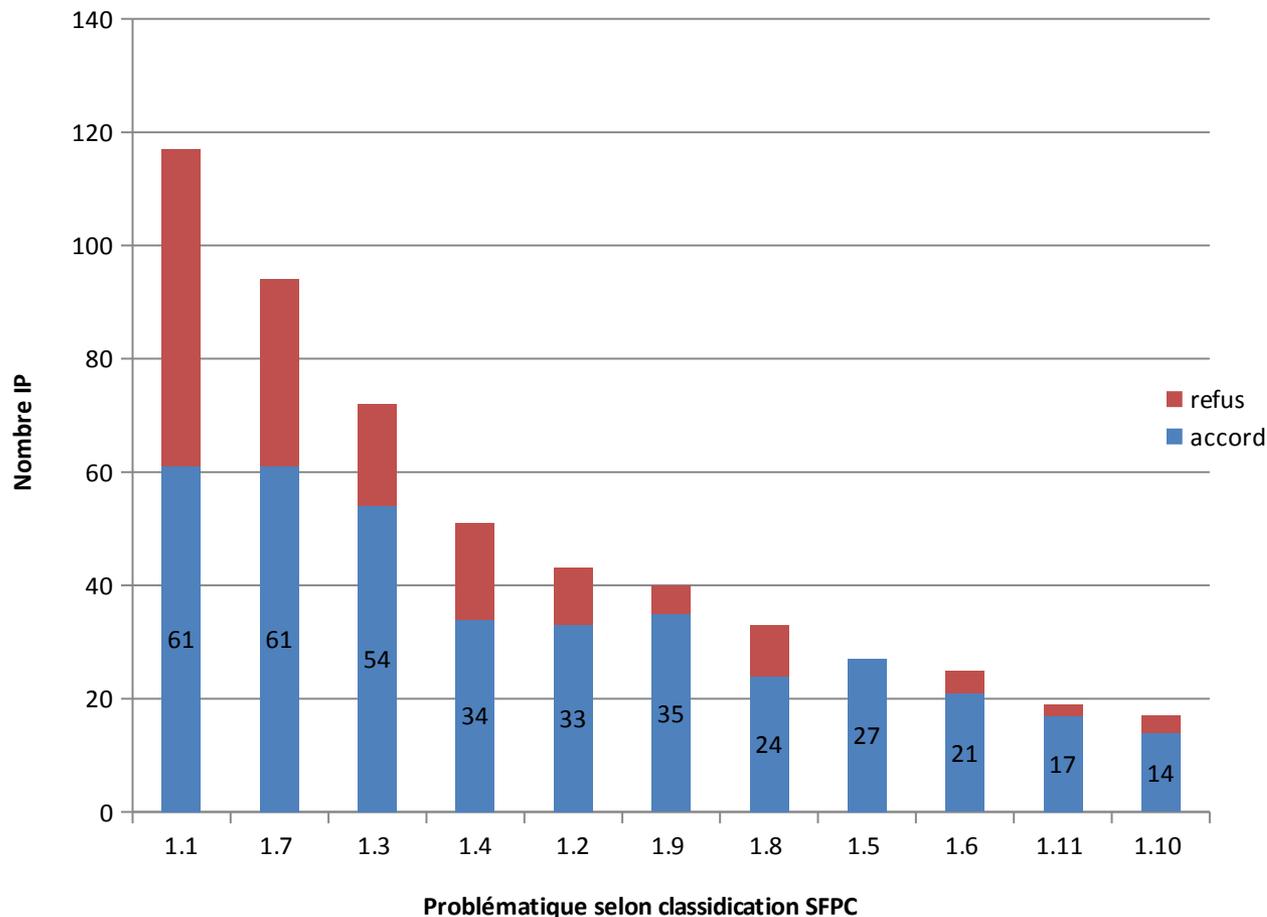
N = 725 IP
(NR = 125)

- 1.1 Non conformité / contre indication aux référentiels
- 1.2 Problème de posologie
- 1.3 Interaction médicamenteuse
- 1.4 Effet indésirable
- 1.5 Oubli de prescription
- 1.6 Médicament ou DM non reçu par le patient
- 1.7 Prescription d'un médicament non justifié
- 1.8 Redondance
- 1.9 Prescription non conforme
- 1.10 Pharmacodépendance
- 1.11 Monitoring à suivre

RESULTATS

Interventions pharmaceutiques jugées pertinentes

Nombre d'IP par type de problématique avec taux d'acceptabilité par le médecin



N = 538 IP
pertinentes (NR
79)

- 1.1 Non conformité / contre indication aux référentiels
- 1.2 Problème de posologie
- 1.3 Interaction médicamenteuse
- 1.4 Effet indésirable
- 1.5 Oubli de prescription
- 1.6 Médicament ou DM non reçu par le patient
- 1.7 Prescription d'un médicament non justifié
- 1.8 Redondance
- 1.9 Prescription non conforme
- 1.10 Pharmacodépendance
- 1.11 Monitoring à suivre

RESULTATS

Comparaison profil IP totales.....

et IP pertinentes

Type d'IP selon SFPC	Nb IP Totales	Taux d'acceptabilité IP Totales		Nb IP pertinentes	Taux d'acceptabilité IP pertinentes	
		% accord	% refus		% accord	% refus
1.1 Non conformité / contre indication aux référentiels	141	54%	46%	117	52%	48%
1.2 Problème de posologie	55	75%	25%	43	77%	23%
1.3 Interaction médicamenteuse	123	72%	28%	72	75%	25%
1.4 Effet indésirable	65	71%	29%	51	67%	33%
1.5 Oubli de prescription	34	97%	3%	27	100%	0%
1.6 Médicament ou DM non reçu par le patient	37	84%	16%	25	84%	16%
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	107	60%	40%	94	65%	35%
1.8 Redondance	35	71%	29%	33	73%	27%
1.9 Prescription non conforme	60	88%	12%	40	88%	13%
1.10 Pharmacodépendance	18	78%	22%	17	82%	18%
1.11 Monitoring à suivre	50	92%	8%	19	89%	11%
Total général	725	71%	29%	538	71%	29%

Taux d'acceptabilité similaires pour les IP totales ou les IP pertinentes

IP avec le plus d'interventions jugées sans impact :

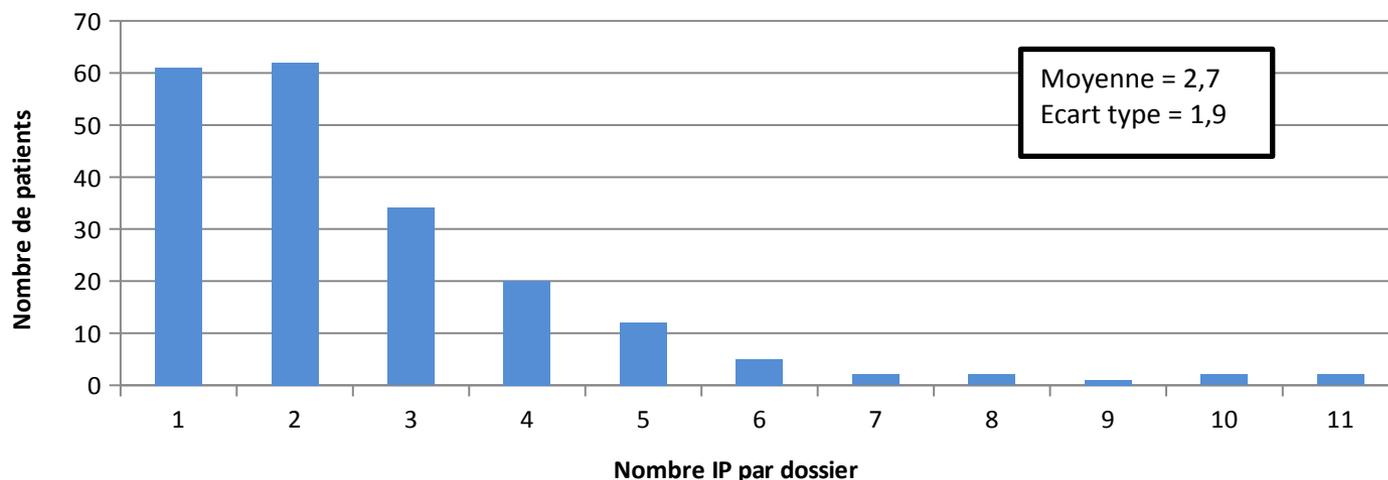
- Interactions médicamenteuses (volume)
- Monitoring à suivre (bilans biologiques)

} Nombreuses IP jugées sans impact

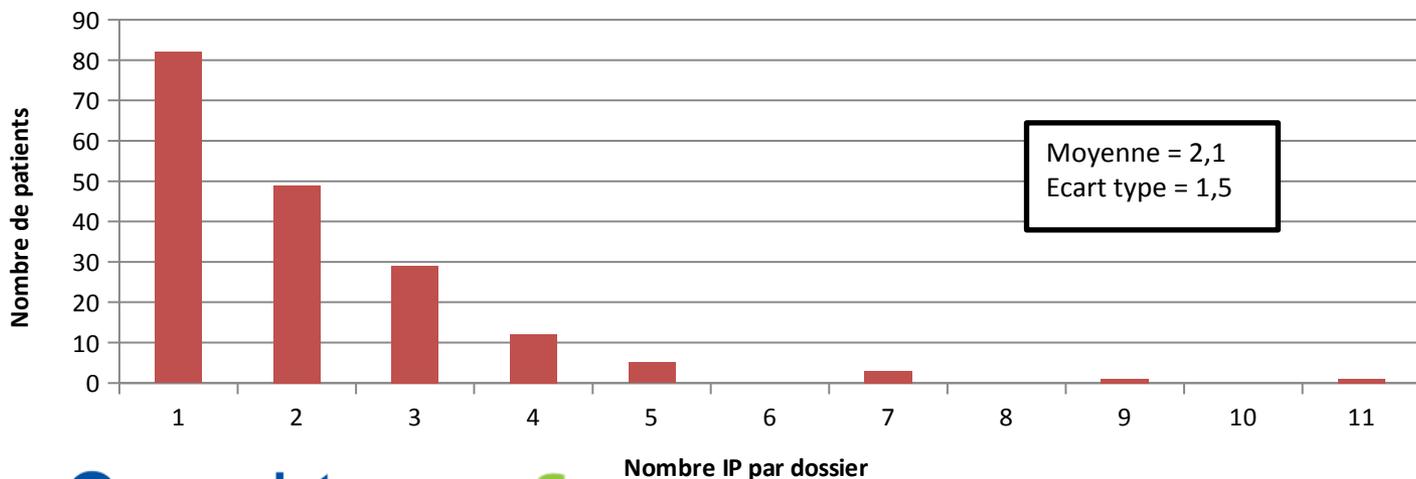
RESULTATS

interventions pharmaceutiques jugées pertinentes

Nombre IP pertinentes par dossier



Nombre IP pertinentes et accordées par le médecin par dossier



RESULTATS

interventions pharmaceutiques jugées pertinentes

- **61% des IP jugées pertinentes ont été accordées par le médecin (45% si on inclus les IP sans réponse médecin)**
- **En moyenne les étudiants ont proposés 2,7 [0,8 – 4,6] IP pertinentes par dossier patient.**

Ce dispositif favorise la réalisation d'intervention pharmaceutique.

- **les médecins accordent en moyenne 2,1 [0,6 – 3,6] IP pertinentes par dossier.**

Ce dispositif entraine en moyenne deux modifications pertinentes et acceptées par le médecin, par dossier patient traité.

RESULTATS

Taux d'acceptabilité du médecin par classe ATC

Classe ATC	Nb IP	Taux d'acceptabilité du médecin par classe ATC
A06A - LAXATIFS	17	88%
B01A - ANTITHROMBOTIQUES	30	83%
C07A - BETABLOQUANTS	17	82%
N02B - AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES	25	80%
N02A - OPIOIDES	15	80%
C02A - ADRENOLYTIQUES A ACTION CENTRALE	12	75%
A10B - ANTIDIABETIQUES, INSULINES EXCLUES	23	74%
N05C - HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	36	72%
C10A - HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET HYPOTRIGLYCERIDEMIANTS	26	69%
N05B - ANXIOLYTIQUES	72	67%
M01A - ANTIINFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STERIDIENS	14	64%
A02B - MEDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'ULCERE PEPTIQUE	43	63%
N05A - ANTIPSYCHOTIQUES	14	57%
N06A - ANTIDEPRESSEURS	23	57%
C01B - ANTIARYTHMIQUES, CLASSE I ET III	13	54%

La taille des échantillons de chaque classe ATC ne permet pas d'établir une significativité pour la comparaison des taux d'acceptabilité entre classes médicamenteuses.

On peut cependant s'intéresser **aux tendances** présentées par ces résultats.

RESULTATS

Interventions pharmaceutiques par classe ATC

IP
Tendances

- **LAXATIFS**
 - Ajouts de traitements en cas de traitements par des opiacés
 - Demande du patient formulée lors de l'interrogatoire
 - Arrêts de traitements en cas de prises chroniques non justifiées ou des changements vers des laxatifs osmotiques
- **ANTITHROMBOTIQUES**
 - la posologie et notamment la chronoposologie
 - Interactions médicamenteuse
 - ☞ bonne acceptabilité s'explique sur le risque important que ces médicaments présentent sur la personne âgée et sur le fait que ces demandes de modifications peuvent facilement être pris en charges par le médecin traitant
- **BETA BLOQUANTS**
 - Interactions médicamenteuses avec de la paroxétine ou de l'hydroxyzine
 - Nombreuses IP acceptées par le médecin : critère stopp J3 ; diminution de la posologie du traitement hypoglycémiant tout en ramenant un HbA1c de 7,5 à 8,5% afin d'éviter masquer hypoglycémies engendré par le beta bloquant
 - Modifications concernant la chronoposologie
 - Deux propositions d'arrêt de traitement devant une faible posologie et des risques d'interactions médicamenteuses

RESULTATS

Interventions pharmaceutiques par classe ATC

IP
Tendances

- **ANTALGIQUES**
 - Arrêt du nefopam
 - Diminution de la posologie
 - Redondances et des difficultés d'administration de certaines formes galéniques
 - Opiacé : demandes de diminution de la posologie, demandes d'arrêt du tramadol, et de mise en place d'opiacé à action immédiate plutôt prolongée
 - Mise en place de laxatif (Critère Start H2) en association d'un opiacé est également fréquemment retrouvée.
- **Classes médicamenteuses avec un faible taux d'acceptabilité :**
 - Anti arythmiques avec la proposition de switch de flécaïnide, de cibenzoline ou de disopyramide par de l'amiodarone
 - Notion d'une réévaluation par un spécialiste fréquente ; cependant une partie des médecins traitants ont accepté d'effectuer le switch de la flécaïnide par de l'amiodarone

SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

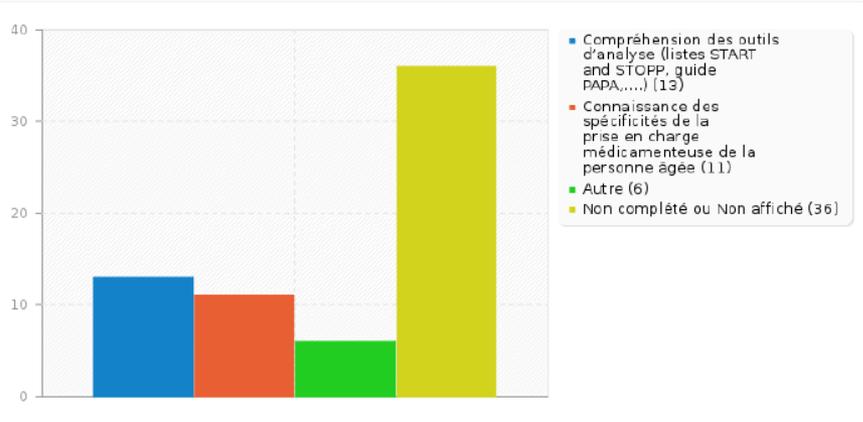
Questionnaire satisfaction étude

55 réponses

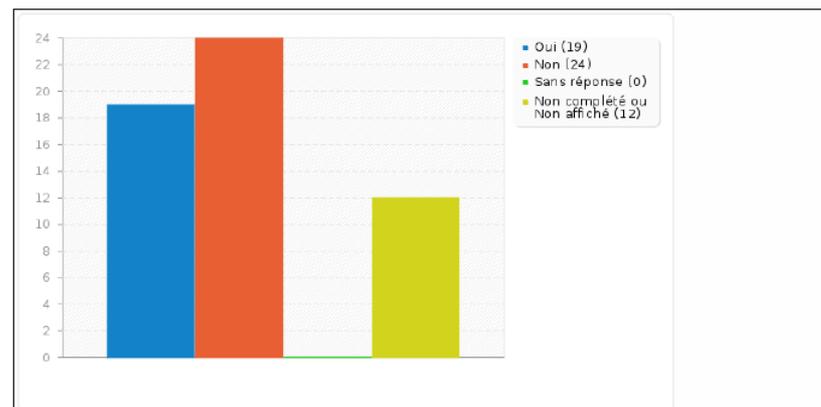
- Durée de réalisation du bilan de médication :
Durée moyenne de 2h30.
 - 55 minutes pour recueil de données + entretien patient
 - 1h15 pour analyse pharmaceutique (détection et codification des problèmes, proposition d'optimisation)
 - 20 minutes pour entretien médecin.

Satisfaction sur utilisation de l'outil Excel

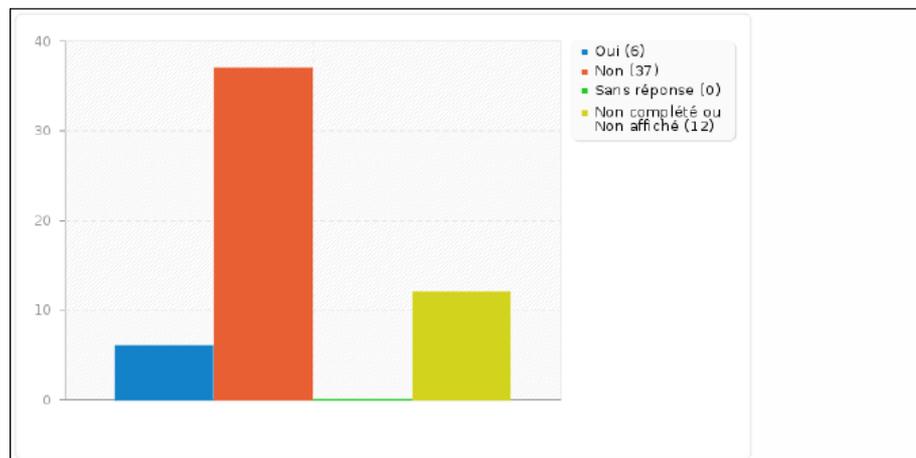
Si vous avez présenté des difficultés à la réalisation d'une IP, pouvez vous en définir la cause :



Avez-vous rencontré des difficultés à la réalisation d'une proposition d'optimisation ?



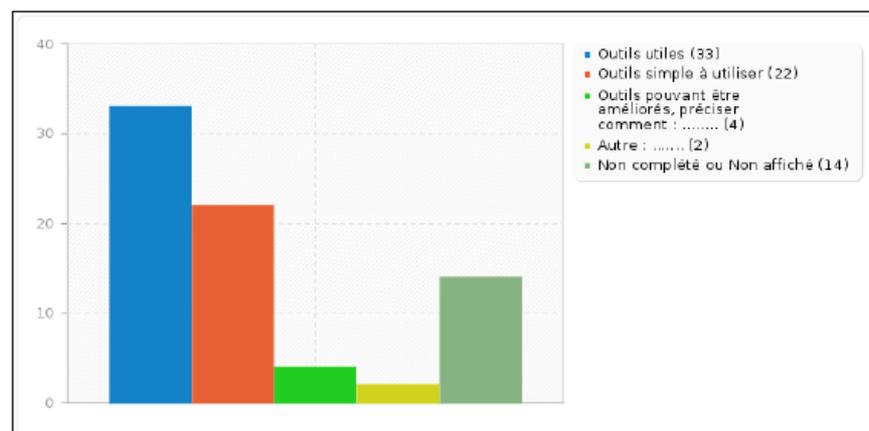
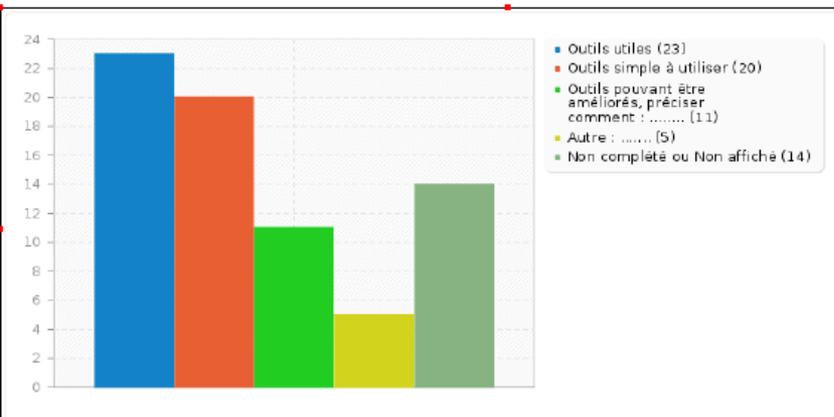
Avez-vous rencontré des difficultés à la réalisation du recueil d'information à partir de différentes sources : historique, DP, patient, ordonnances ?



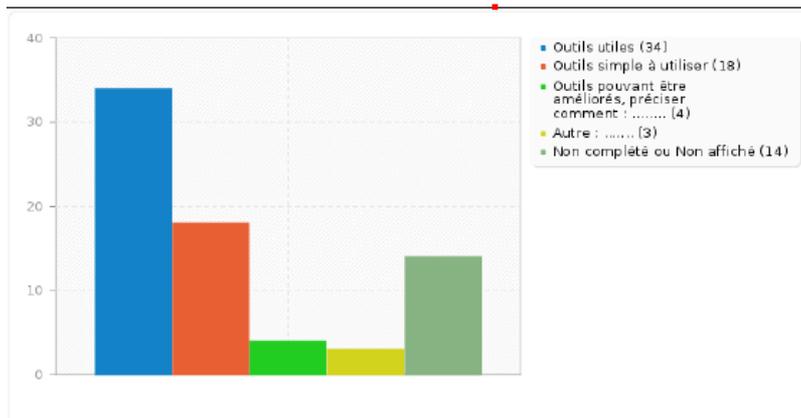
Satisfaction sur utilisation de l'outil Excel

Qu'avez-vous pensé des outils de recueil de données informatique (tableau Excel) ?

Qu'avez-vous pensé des outils de recueil de données Bilan de médication de la SFPC ?



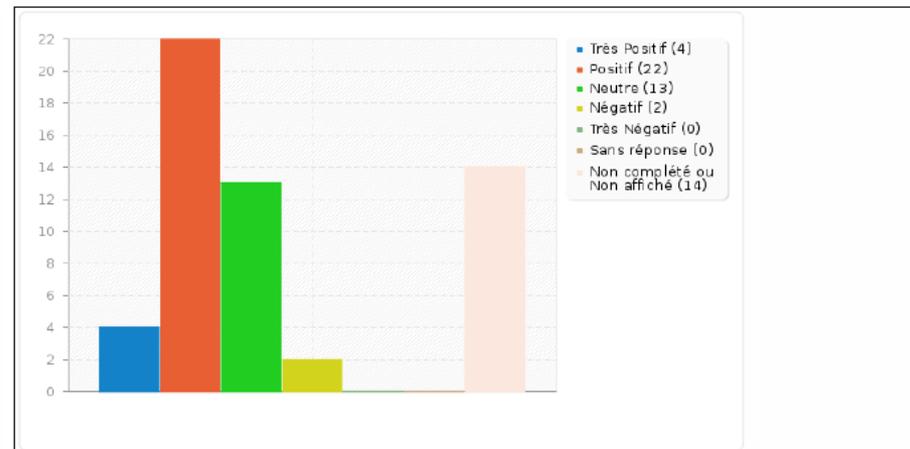
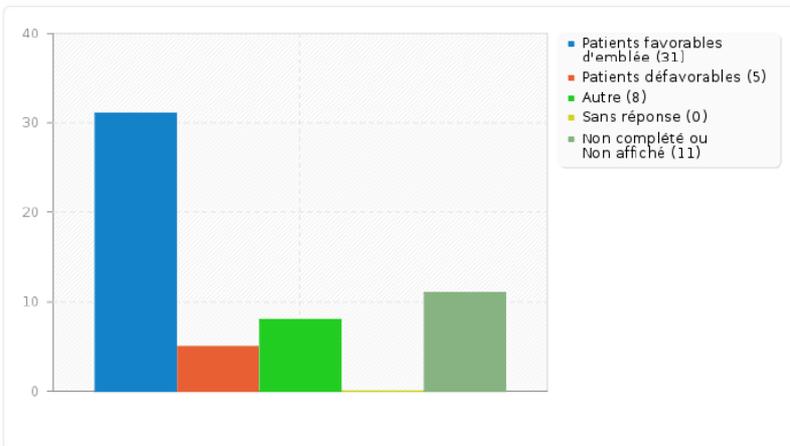
Qu'avez-vous pensé des outils d'analyse (Liste de Laroche, Start-Stopp, guide de bon usage des médicaments en EHPAD, Utilisation du site Thériaque ou GPR) ?



Paramètre Patient

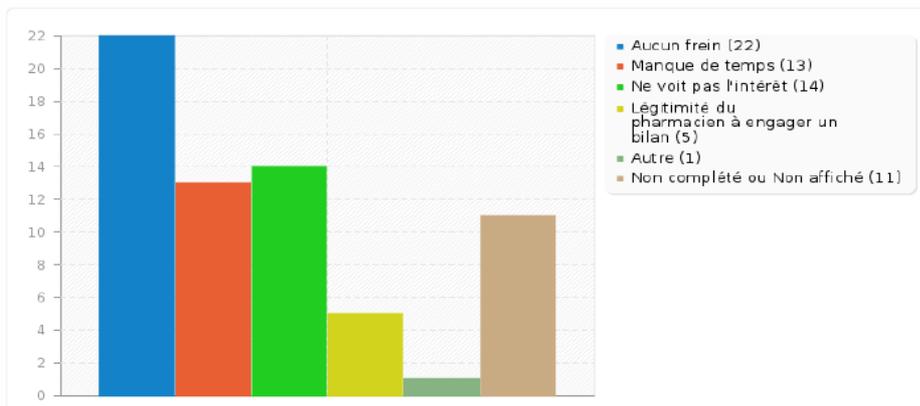
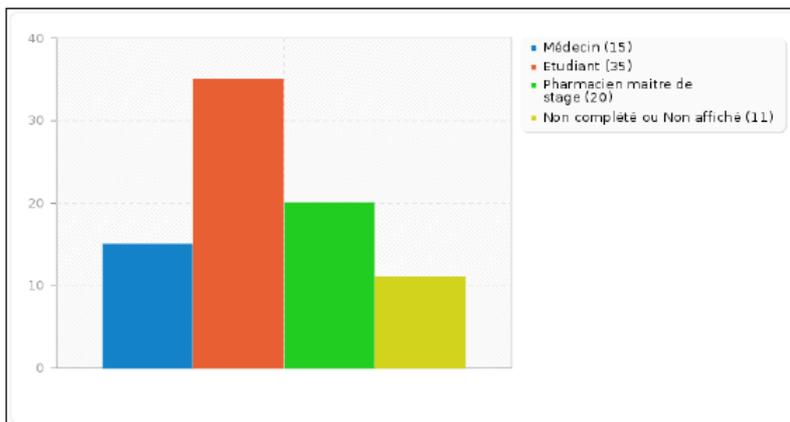
Comment qualifieriez-vous l'accueil des patient lors de la proposition d'initiation d'une conciliation médicamenteuse ?

Quel a été selon vous le vécu des patients vis-à-vis de la démarche ?



Qui à été à l'initiative de la sélection des patients pour initier la conciliation médicamenteuse ?

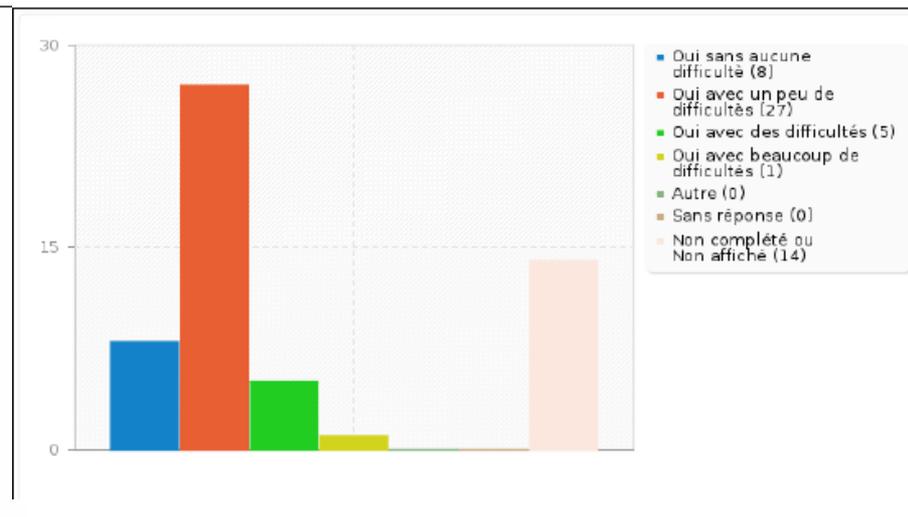
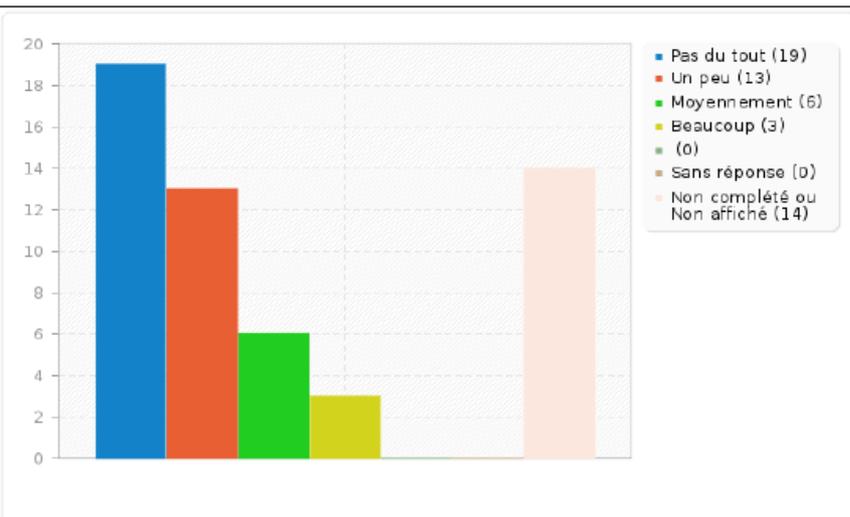
Quels ont été les freins à la collaboration du côté des patients ?



Paramètre Patient

Selon vous, la participation des patients à cette démarche a été source d'inquiétude ?

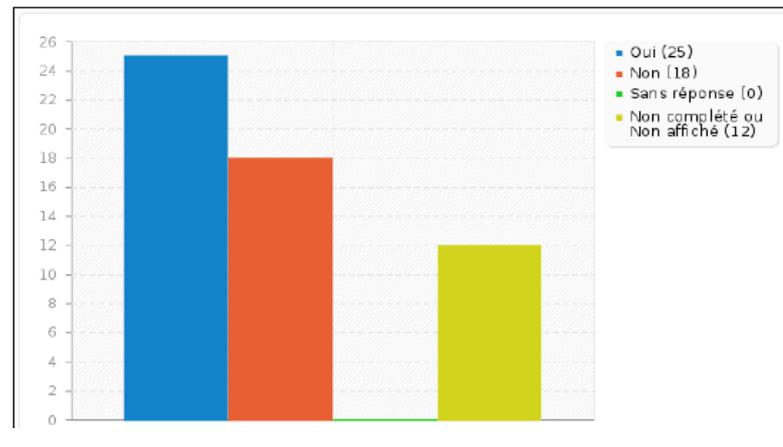
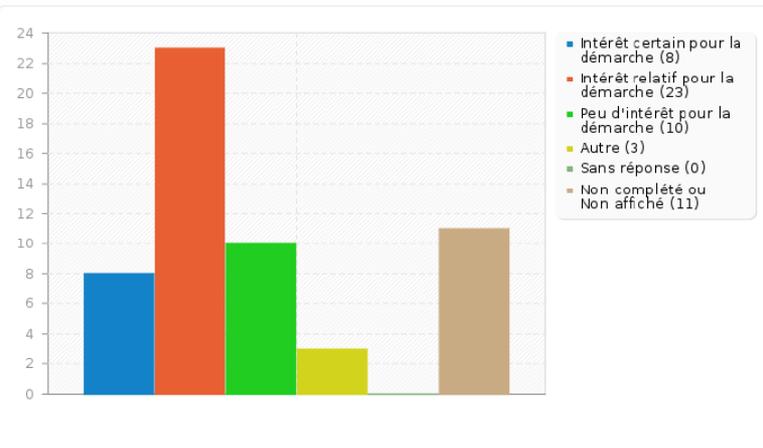
Selon vous, les patients ont-ils répondu sans difficulté ?



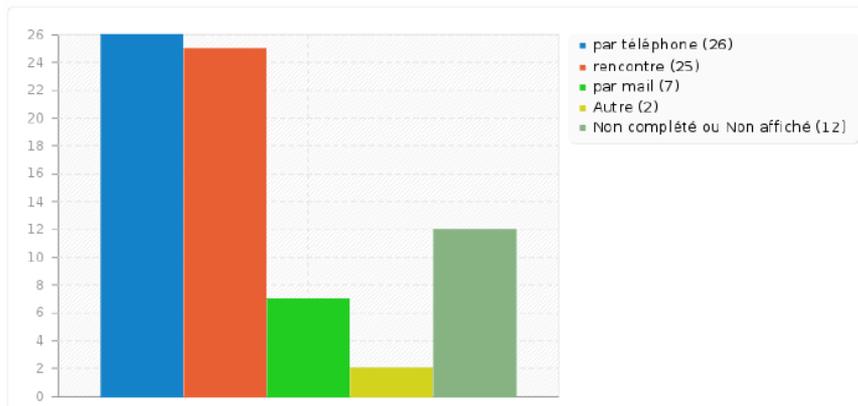
Paramètre Médecin

Comment qualifieriez-vous l'accueil du/des médecin/s traitant/s contacté/s pour l'obtention d'un accord de principe de participation à la démarche de conciliation médicamenteuse?

Avez-vous rencontré des difficultés à la réalisation d'un entretien avec le médecin ?

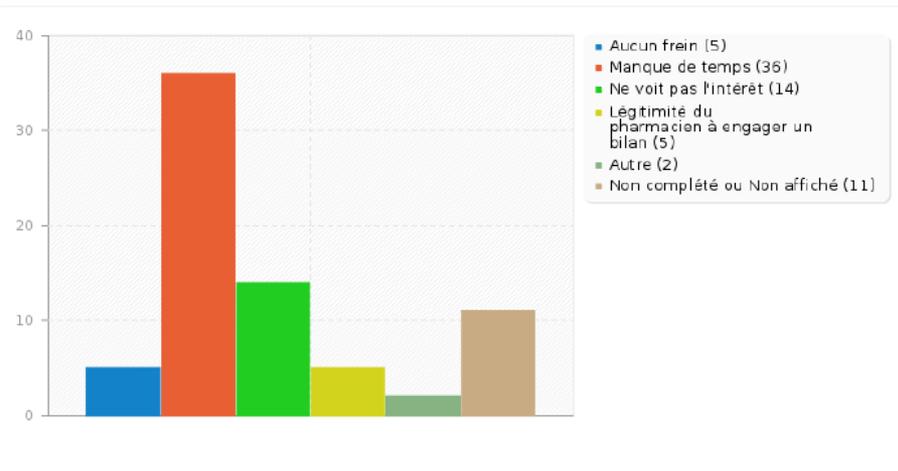


Quelles ont été les modalités d'échange avec le médecin traitant ?

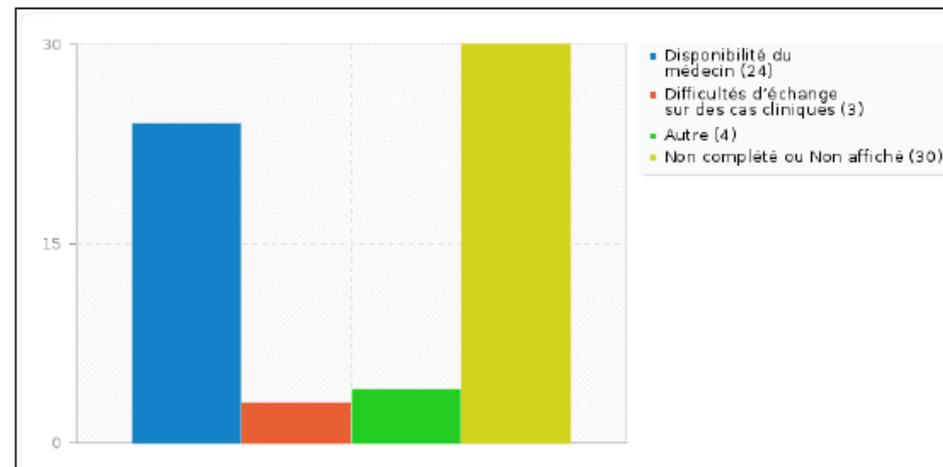


Paramètre Médecin

Quels ont été les freins à la collaboration du côté des médecins ?



Si oui, quelles ont été les difficultés rencontrées ?



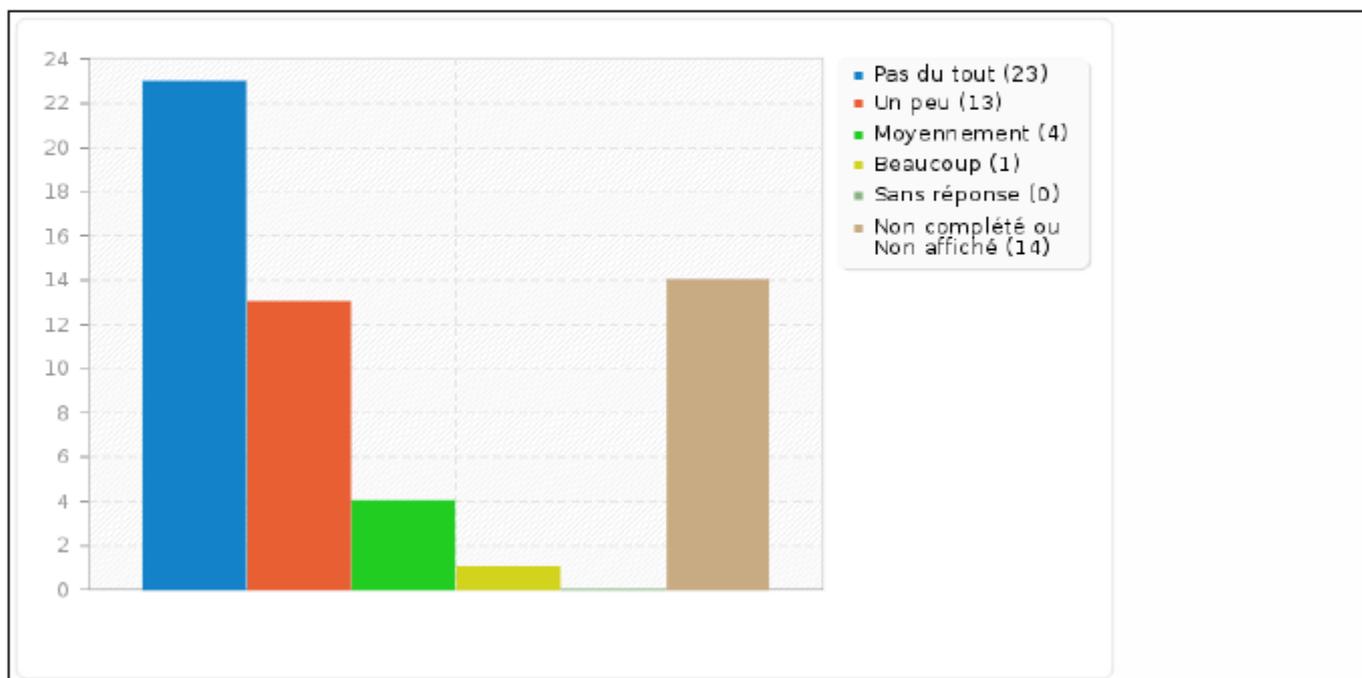
- D'où l'intérêt de chercher à gagner en efficacité et rapidité
- Perspectives : application directement reliée à la messagerie sécurisée et renvoi automatique au pharmacien ? Interface avec le DP ou le logiciel du médecin pour conserver la donnée et valider directement sur dossier patient ? DMP ?

Paramètre Médecin

- Difficulté de communication avec le médecin du fait d'une faible disponibilité.
- Echange avec le médecin principalement par téléphone (43%) ou contact direct (42%) / faible utilisation des messageries sécurisées (12%)

Paramètre officine

Le fonctionnement de l'officine est-il modifié dans le cadre de cette étude ?



La conciliation médicamenteuse à l'officine demande beaucoup de temps (au total pour les 4 patients, entre les entretiens + conciliations, il m'a fallu travailler sur 1 semaine complète). Il faudrait être rémunéré, au même titre que les entretiens AVK par exemple. C'est positif pour le patient et le médecin, mais pour le pharmacien ... Nous sommes pénalisés sans rémunération car la pharmacie continue de tourner à côté.

Réalisable mais conciliation médecin dépendant.

Continuer à promouvoir cet démarche de façon global auprès de tous les pharmaciens et médecins. C'est une branche motivante et essentielle des futures activités du pharmacien d'officine!

Commentaires libres

Le principe de la conciliation médicamenteuse en ville est vraiment intéressant mais je pense que cela n'est pas encore réalisable car il y'a trop de médecins et de patients pas du tout intéressés et motivés par la démarche. C'est dommage. Pour ma part je me suis vraiment investie dans ce travail et j'ai finalement réussi à réaliser mes 4 conciliations mais assez difficilement : c'est à dire après pas mal de refus d'accord de la part des patients surtout mais également de quelques médecins. C'était assez décourageant au début .

Au delà des intérêts sur le plan médicamenteux, la conciliation permet de se rapprocher des patients et de tisser un lien plus fort avec eux d'autant plus en se rendant à leur domicile, je pense que cela sera très important dans l'évolution de notre profession.

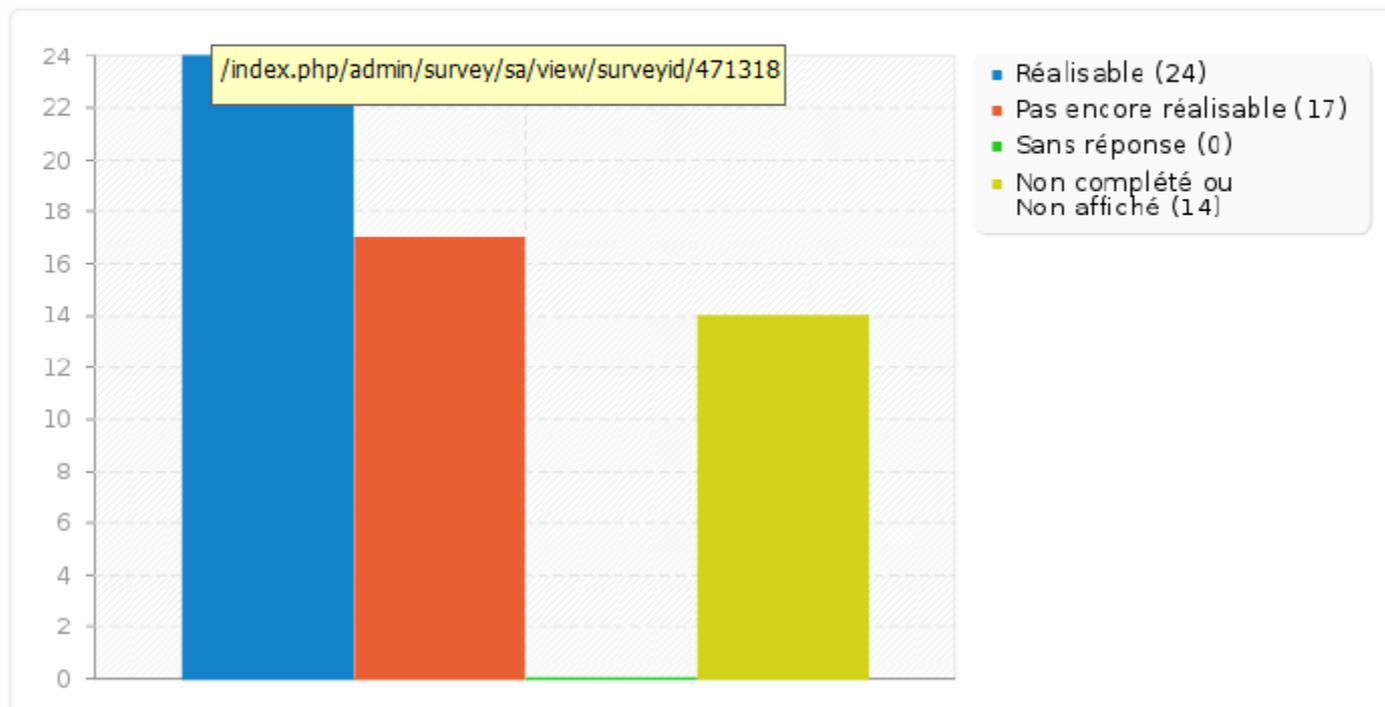
Commentaires libres

Très bien reçu par médecins et patients. Travail prenant pas mal de temps mais a permis d'approfondir mes connaissances et valorisant

La démarche est très intéressante pour l'étudiant, mais frein important du médecin et parfois du pharmacien. En pratique, pour les équipes officinales, c'est impossible à mettre en place car beaucoup trop chronophage! et non rémunéré.

BILAN

Selon vous, le bilan de médication à l'officine est



SOMMAIRE

- CONTEXTE
- MATERIEL ET METHODE
- SCHEMA DE L'ETUDE
- RESULTATS
- ANALYSE FAISABILITE
- ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Enseignements et perspectives

- Intérêt et faisabilité du bilan médicamenteux optimisé en officine chez la personne âgée démontrés dans un cadre expérimental
- Rôle pédagogique de réflexion conjointe sur optimisation dans appropriation des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse de la personne âgée
- Facteurs clés de réussite pour intégration dans la pratique... :
 - Faciliter la démarche grâce à l'outil informatique : modélisation logiciel d'aide à la dispensation pour automatisation de la phase de recueil des traitements à l'envoi du bilan optimisé pour retour avis médecin
 - Recueil d'informations à partir de 3 sources minimum
 - Prioriser les niveaux d'intervention parmi la fiche IP et les référentiels
 - Former les pharmaciens aux bonnes pratiques, référentiels de prise en charge des patients âgées et outils

Enseignements et perspectives

- Facteurs clés de réussite pour intégration dans la pratique... :
 - Rémunération en adéquation avec le temps passé
 - Communication en amont auprès des médecins sur l'intérêt de la démarche avec des éléments de langage pour favoriser la coopération
 - Envisager une incitation des médecins (ROSP) pour leur contribution et leur permettre de dégager du temps
- Perspectives :
 - Synergie avec avenant 11 de la convention pharmaceutique : possibilité aux ARS de travailler sur leur territoire dans un cadre expérimental pour le développement d'outils facilitant cette démarche (interfaçage Logiciel d'aide à la dispensation + module formation continue pharmaciens à la pratique)
 - Intégrer la notion de « bilan médicamenteux optimisé » comme mission à part entière du pharmacien d'officine dans le CSP (pour l'instant précisé dans le cadre de coopérations avec un périmètre réduit)