



10<sup>ème</sup> rencontre nationale des réseaux de santé - personnes âgées  
2 décembre 2014

# AUTOUR DU MÉDICAMENT

- La conciliation médicamenteuse

- L'outil PMSA

- Le programme OMAGE

➤ Quelle articulation pratique au sein des réseaux ?

Présenté par le Docteur PERRET-GUILLAUME – service de gériatrie du CHU de Nancy

# Conciliation médicamenteuse : définition

- Recherche active d'informations sur les traitements du patient auprès du patient et de son entourage, auprès des professionnels de soins primaires et ceux des établissements de santé
- Formalisation d'une liste exhaustive et complète des médicaments : la juste liste des médicaments concerne les médicaments pris par le patient observant ou non, prescrits ou non par un médecin
- Nécessité de croiser plusieurs sources d'informations (5 sources?)

# Conciliation médicamenteuse : chez qui ?

- Théoriquement à réaliser chez tous les > 75 ans
- En particulier chez les patients âgés, fragiles, polypathologiques, polymédicamentés
- PAERPA
- Étape du programme d'ETP OMAGE

# Conciliation médicamenteuse : quand ? par qui ?

- Peut s'opérer à différents niveaux et lieux de prise en charge
- ++ si plusieurs intervenants
- ++ au moment des transitions
- Au début d'une hospitalisation
- En sortie d'hospitalisation
- Dans ou en dehors de l'ETP
- Par Médecin traitant / pharmacien / gériatre / équipe ETP

# PMSA réseaux

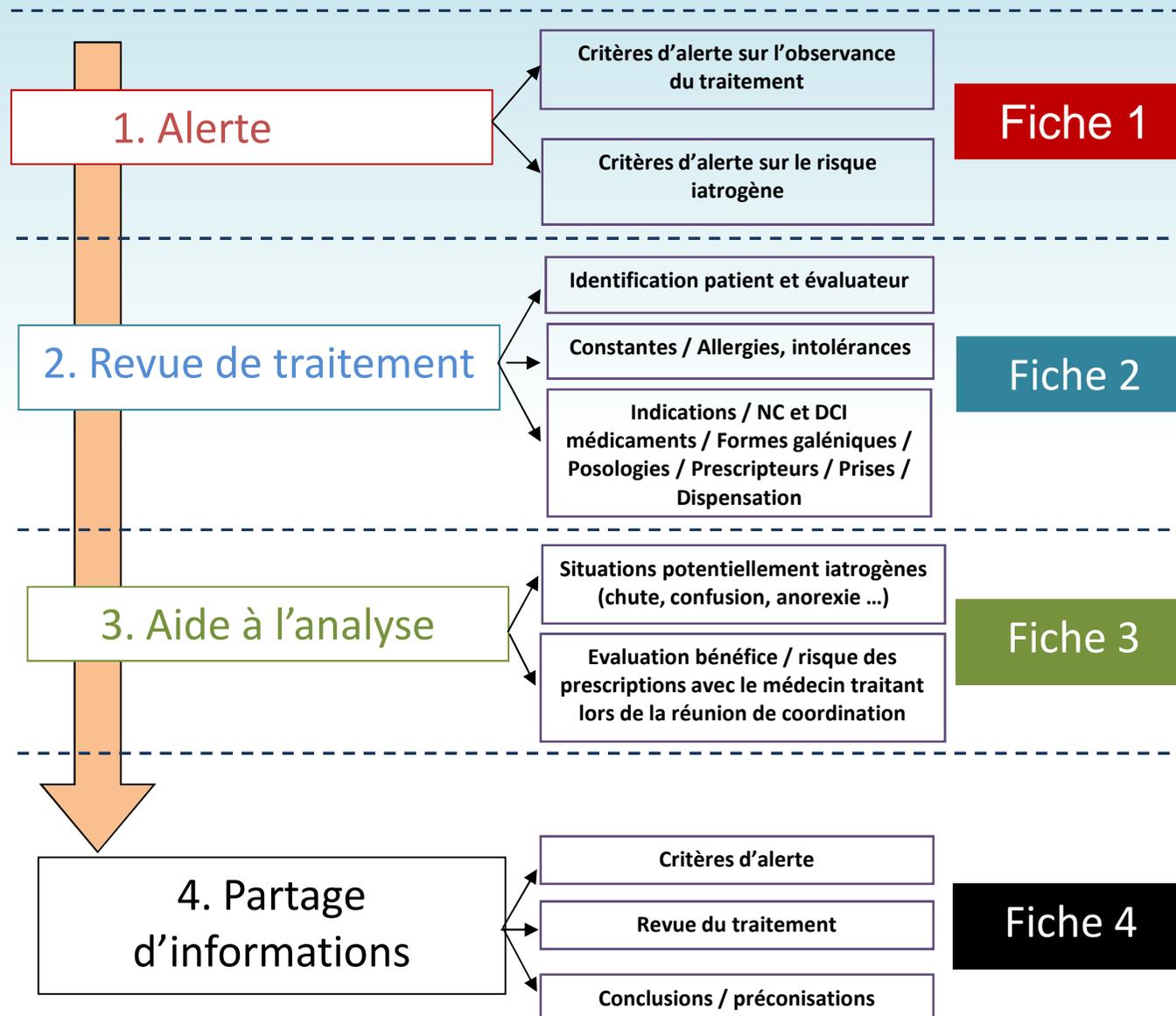
- ▶ **Outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé Personnes Agées pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations**

# Pourquoi ?

- **Repérer** : prescription « inappropriée » et « mésusage » (« overuse », « misuse ») : indications, contre-indications, associations, interactions, évènements indésirables, automédication, mauvaise utilisation de la galénique, etc.
- **Repérer les mauvaises observances** : rapport entre les médicaments prescrits et pris
- **Identifier les causes possibles** par l'Évaluation Gérontologique Standardisée :
- **Alerter les acteurs** :
  - De la prescription : médecin (traitant, hospitalier, spécialiste, urgentiste)
  - De la dispensation : pharmacien (génériques, automédication)
  - De l'observance : entourage familial, PA, IDEL, SSIAD, ...
- **Proposer et suivre les actions correctrices** (maîtrise de la prescription) : via PPS

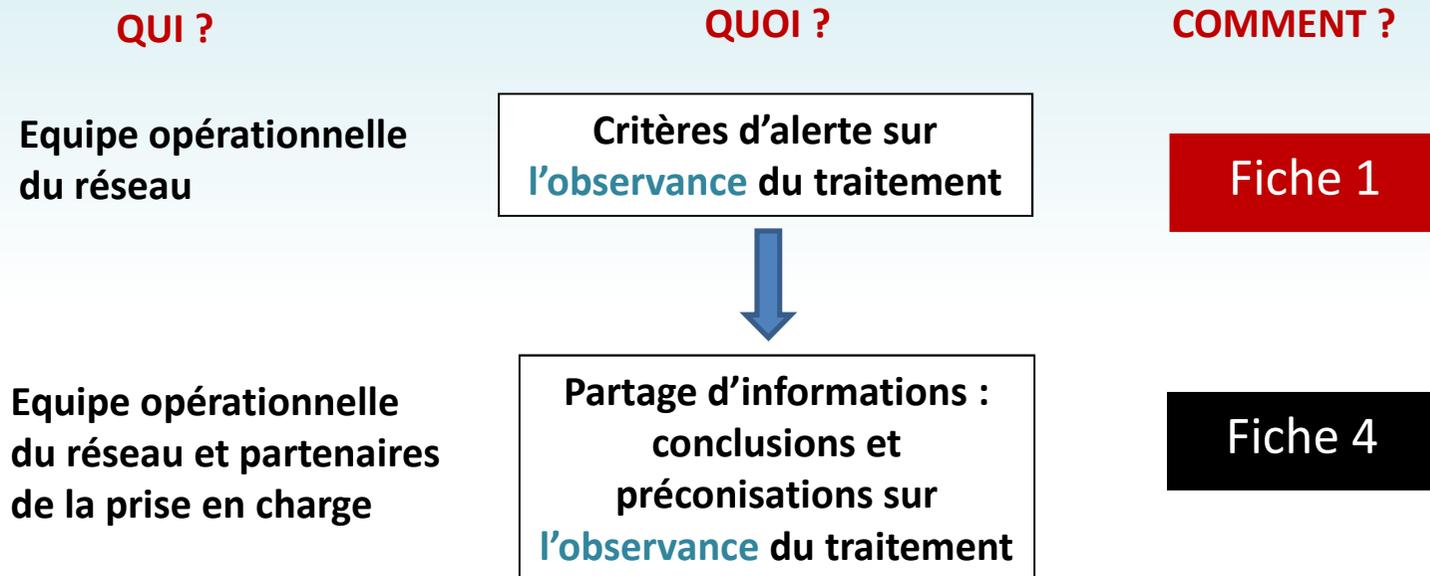
# RÉSEAUX ET PMSA, COMMENT ?

Démarche proposée par l'outil « PMSA – Réseaux » :



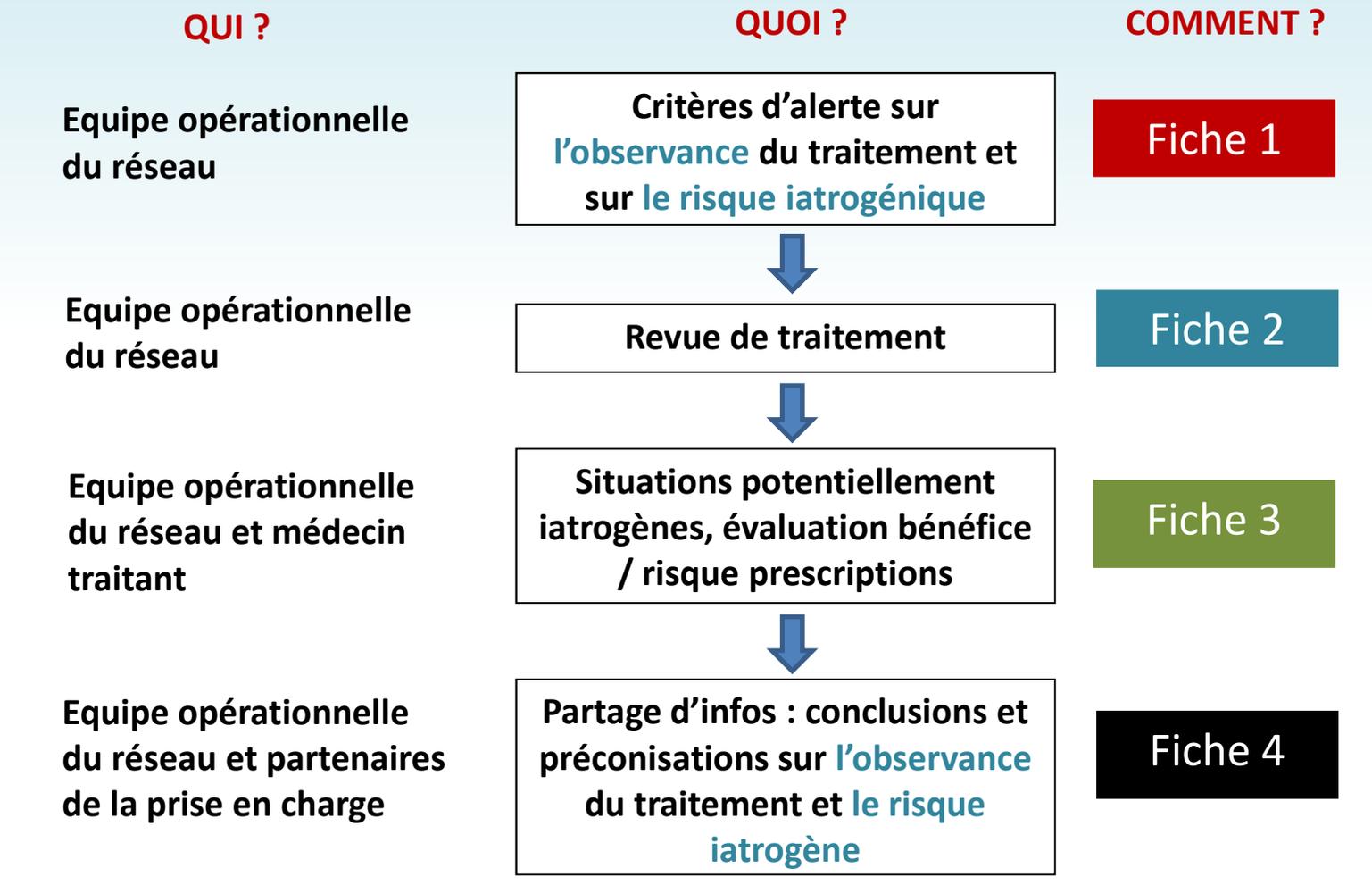
## Logigramme d'utilisation des fiches de l'outil :

### Schéma 1 : équipe opérationnelle non médicalisée :



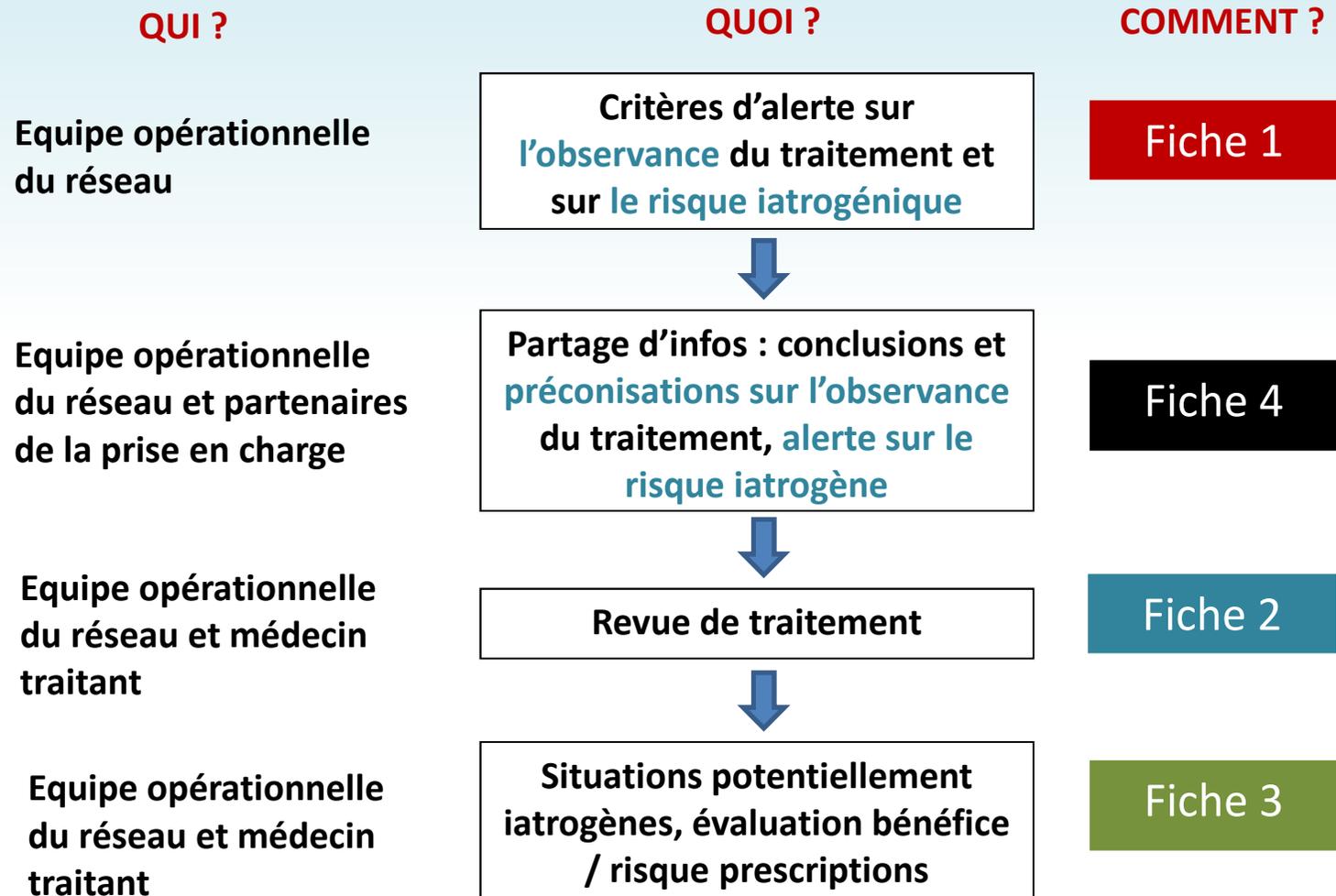
## Logigramme d'utilisation des fiches de l'outil (suite) :

### Schéma 2 : équipe opérationnelle médicalisée :



## Logigramme d'utilisation des fiches de l'outil (suite) :

### Schéma 3 : équipe opérationnelle non médicalisée, supervision médicalisée :



# **OMAGE**

**(Optimisation des Médicaments chez les sujets AGÉs)**

**Une intervention  
pour réduire les ré-hospitalisations des sujets âgés**

**C. Perret-Guillaume**

**D Bonnet-Zamponi Pr S Legrain**

# Contexte

- Sujets âgés = à risque d'hospitalisations répétées
  - potentiellement délétères
  - coûteuses
  - et **en partie évitables**
- 3 FDR Hospitalisation(s) en urgence évitable(s):
  - **Problèmes liés aux médicaments :**
    - Iatrogénie
    - Observance
    - « Underuse » ou sous-prescription
  - **Dépression**
  - **Dénutrition**

# Finalité de l'intervention OMAGE

↓ les réhospitalisations en urgence  
des sujets âgés hospitalisés  
en urgence,  
en optimisant le diagnostic et le  
traitement de leurs maladies

# Modalités de l'intervention

- 1) centrée sur le patient
- 2) focalisée sur les 3 FDR d'H évitables
- 3) avec adaptation des 3 facettes des « disease-management programs » au sujet polypathologique :
  - **Prescription** : outils du programme PMSA de la HAS
  - **Coordination** : précoce et renforcée avec le médecin traitant avec validation des modifications thérapeutiques et messages clé pour le suivi
  - **Education** : conception d'un nouveau programme

# Quelle efficacité ?

## A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial

*Sylvie Legrain, MD,<sup>\*†‡</sup> Florence Tubach, MD, PhD,<sup>†§||</sup> Dominique Bonnet-Zamponi, MD,<sup>\*†§</sup> Aurélie Lemaire, MD,<sup>#</sup> Jean-Pierre Aquino, MD,<sup>\*\*</sup> Elena Paillaud, MD,<sup>††‡‡</sup> Elodie Taillandier-Heriche, MD,<sup>††</sup> Caroline Thomas, MD,<sup>§§</sup> Marc VERNY, MD, PhD,<sup>#||</sup> Blandine Pasquet, MSc,<sup>§</sup> Aline Lasserre Moutet,<sup>##</sup> Déborah Lieberherr, MD,<sup>\* \*\*\*\*</sup> and Sophie Lacaille, MD<sup>\*</sup>*

J Am Geriatr Soc. 2011 Nov;59(11):2017-28.

## Drug-Related Readmissions to Medical Units of Older Adults Discharged from Acute Geriatric Units: Results of the Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial

*Dominique Bonnet-Zamponi, MD,<sup>\*†1</sup> Lydie d'Arailh, MD,<sup>‡§1</sup> Cécile Konrat, MD,<sup>\*</sup> Sandrine Delpierre, MD,<sup>§</sup> Deborah Lieberherr, MD,<sup>¶\*\*</sup> Aurélie Lemaire, MD,<sup>††‡‡</sup> Florence Tubach, MD, PhD,<sup>\*‡§§</sup> Sophie Lacaille, MD,<sup>¶</sup> Sylvie Legrain, MD,<sup>‡§</sup> and the Optimization of Medication in AGEd study group*

J Am Geriatr Soc. 2013 Jan;61(1):113-21.

# Essai OMAGE

- Ouvert randomisé contrôlé :
  - soins usuels (SU) vs intervention (GI)
- Multicentrique (6 UGA d'Ile de France)
- 4 géiatres interventionnels
- Patients consécutifs  $\geq 70$  ans
  - sauf soins palliatifs et durée de séjour  $\leq 5$ j
- ReH en urgence / passage(s) au SAU et mortalité à 3 et 6 mois
  - Sources : tel patient et/ou aidant + MG
  - + screening base administrative

# Population

<b>Caractéristiques</b>	<b>Soins usuels (n=348)</b>	<b>Intervention (n=317)</b>
<b>Age (années)</b>	<b>86.4 ± 6.3</b>	<b>85.8 ± 6.0</b>
<b>Femmes</b>	<b>218 (62.6)</b>	<b>221 (69.7)</b>
<b>Vit seul(e)</b>	<b>164 (47.1)</b>	<b>148 (47.0)</b>
<b>ADL &lt;5 (15j avt)</b>	<b>124 (36.0)</b>	<b>105 (33.7)</b>
<b>Albumine (g/l)</b>	<b>32.9 ± 5.6</b>	<b>32.7 ± 5.5</b>
<b>Cl.Creat (ml/min)</b>	<b>45.9 ± 20.2</b>	<b>46.2 ± 19.4</b>
<b>Maladies chroniques</b>	<b>3.29 (1.64)</b>	<b>3.61 (1.64)</b>
<b>Médic. chroniques</b>	<b>6.6 ± 3.4</b>	<b>6.9 ± 3.2</b>

# Résultats bras usuel

= Données sur le devenir des patients  
âgés en sortie de gériatrie aigüe

# L'hospitalisation en gériatrie aiguë augmente le risque iatrogène...

Treatment	CG baseline	CG discharge	p-values
N=	348	339	
<b>Chronic treatment: quantitative aspects</b>			
Number of prescribed chronic drugs	6.6 (5.5)	7.1 (5.0)	<0.001
- ≥7 Daily prescribed chronic drugs	170 (48.9%)	193 (56.9%)	<0.001
Mean number of doses per day	9.4 (5.7)	9.8 (5.6)	0.01
- ≥3 intakes per day	177 (55.0%)	221 (67.0%)	<0.001
<b>Chronic treatment: qualitative aspects</b>			
Drugs usually implicated in adverse drug reactions			
≥1 Antithrombotic drugs	163 (46.8%)	204 (60.2%)	<0.001
- Vitamin K antagonist	30 (8.6%)	47 (13.9%)	0.008
- Other anticoagulant	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Aspirin	101 (29.0%)	115 (33.9%)	
- Clopidogrel and other antiplatelet agents	110 (31.6%)	96 (28.3%)	
- ≥1 Psychotropic drug	181 (52.0%)	204 (60.2%)	0.009
- ≥1 Antidepressant	99 (28.5%)	129 (38.1%)	<0.001
- ≥1 Antipsychotic drug	23 (6.6%)	19 (5.6%)	
- ≥1 Benzodiazepine	130 (37.4%)	134 (39.5%)	
- ≥1 Antihypertensive agent	259 (74.4%)	166 (49.0%)	<0.001
- ≥1 Diuretic	137 (39.4%)	86 (25.4%)	<0.001
Iatrogenic profile			
- ≥2 Antithrombotic drugs	6 (1.8%)	10 (3.0%)	0.002
- ≥3 Psychotropic drugs	23 (6.6%)	20 (5.9%)	

## **..mais sans doute à juste titre!**

- Prescriptions jugées appropriées :
- 95.6% prescriptions antithrombotiques
- 96.3% prescriptions psychotropes

# Les patients sont fréquemment ré-hospitalisés à cause des médicaments...

- 38.2% de patients admis en UGA sont ré-hospitalisés dans les 6 mois suivant leur sortie
- **Problèmes liés aux médicaments :**
  - 1<sup>ère</sup> cause : 40.4% des réH en médecine à M6
    - 71% liée à la iatrogénie
    - 42% liée à l'underuse et l'observance (sous-estimés)
  - devant causes cardiovasculaires (24.3 %) et infectieuses (13.6%)

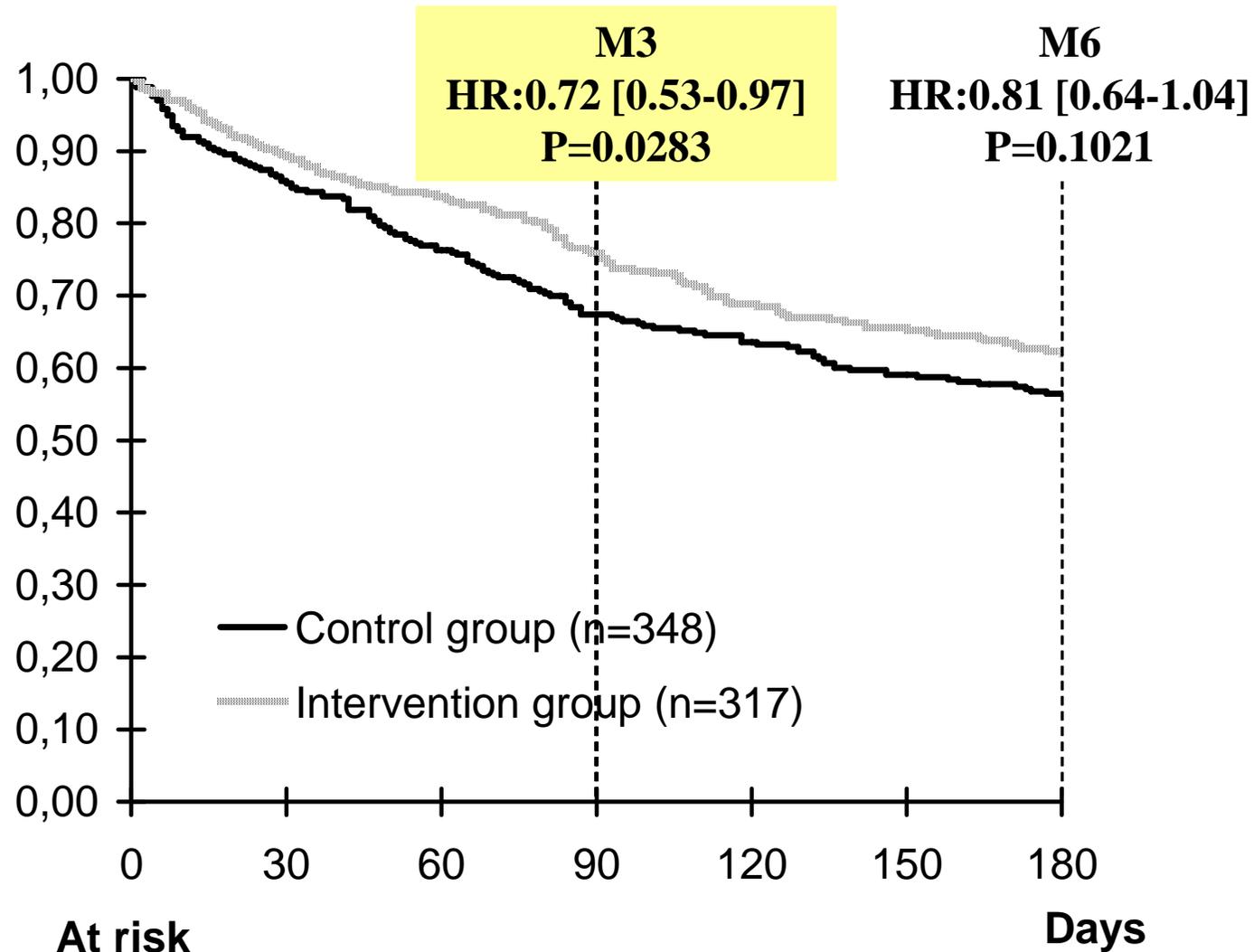
...Mais les patients les plus à risque de reH sont les patients les plus malades (indépendamment du nbe et du type de médicaments pris)

Variables indépendamment associées au risque de réhospitalisation	Dans les 3 mois suivants la sortie d'UGA			Dans les 6 mois suivants la sortie d'UGA		
	OR	IC à 95%	p	OR	IC à 95%	p
Insuffisance respiratoire chronique	1.68	[1.01 ; 2.77]	0.044	1.65	[1.06 ; 2.58]	0.027
Insuffisance rénale sévère (Clairance <30ml/min)	2.50	[1.41 ; 4.42]	0.002	2.18	[1.29 ; 3.69]	0.004
4 maladies chroniques ou plus*	1.63	[1.09 ; 2.43]	0.017	1.62	[1.15 ; 2.29]	0.006

Aucune variable « médicament » (polymédication 5+, 7+, 10+, ou prise d'un médicament à haut risque iatrogénique diurétique, ACO et psychotrope) n'est associée au risque de ré-hospitalisation.

# **Impact de l'intervention OMAGE**

# Prévention des ré-hospitalisations



At risk	0	30	60	90	120	150	180
—	348	280	244	211	197	183	170
.....	317	261	238	215	193	182	172

# Prévention des ré-hospitalisations

	SU N=348	GI N=317	Diminution relative	p
<b>Patients rehospitalisés</b>				
M3	99 (28.4)	64 (20.2)	28,9%	0.0134
M6	133 (38.2)	103 (32.5)	14,9%	0.12
<b>Délai avant rehospitalisation</b>				
M3	HR: 0.67 [0.49-0.92]			0.01
M6	HR: 0.79 [0.61-1.03]			0.08
<b>Patients avec passages aux urgences</b>				
M3	12 (3.4)	11 (3.8)		0.86
M6	22 (6.3)	19 (6.0)		0.86
<b>Mortalité</b>				
M3	46 (13.2)	38 (12.0)		0.63
M6	65 (18.7)	56 (17.7)		0.74

# Diminution des ré-hospitalisations liées à la iatrogénie

- L'intervention OMAGE est associée à une réduction relative de 39.7% des reH liées à la iatrogénie (p=0.12)
- ..sans avoir modifié significativement le “profil iatrogénique” de prescription à la sortie
  - 95.6% Prescriptions antithrombotiques et 96.3% prescriptions psychotropes jugées appropriées par le Gériatre interventionnel / gériatre usuel

= importance de la coordination et de l'ETP dans la prévention de la iatrogénie +++

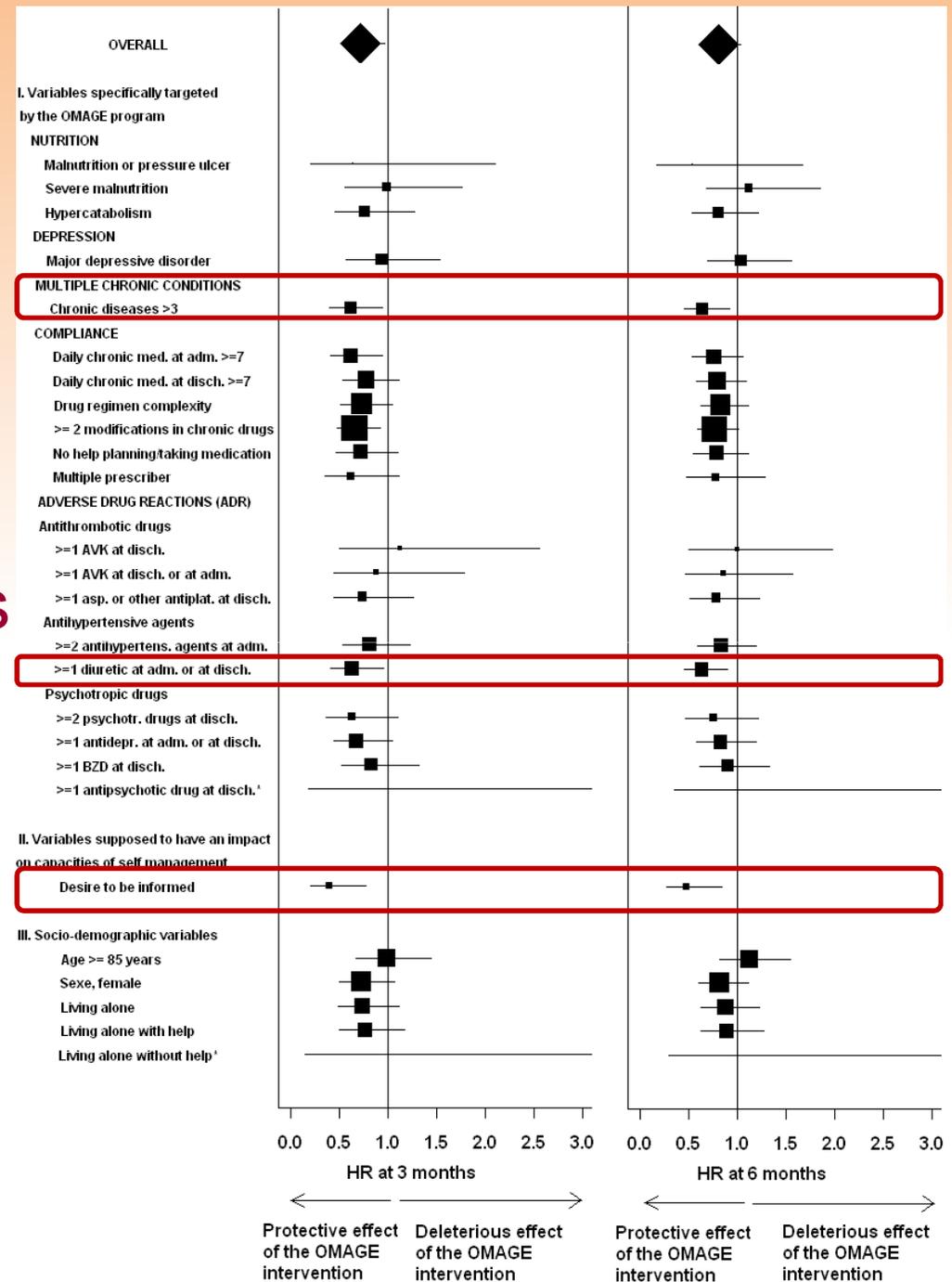
Le repérage de la dépression et de la dénutrition

Dans 3 sous-groupes,  
l'intervention OMAGE  
diminue de plus de 20%  
les malades  
ré-hospitalisés à 6 mois

> 3 maladies chroniques  
(n=262)

Diurétique entrée ou  
sortie (n=287)

Désir d'implication dans  
les soins (n=143)



# Une intervention...

## – Faisable

- 92.7 % patients
- Durée : 3 h 30 (P = 70 min; E = 99 min; C = 44 min)
- Pas d'impact sur le délai ou le mode de sortie :
- Temps moyen randomisation-sortie = idem GI et SU (13j)
- Modalités de sortie = idem GI et SU (p = 0.27)

## – Rentable

- Gain à M6 : 519 € /patient

## – Généralisable

- Pas d'effet centre
- Pas d'effet gériatre interventionnel

# Où en est-on aujourd'hui?

L'intervention OMAGE depuis  
l'essai clinique...

# OMAGE : deux mises en œuvre chez PA de plus de 75 ans

- OMAGE parcours (OMAGE P)
  - En sortie d'hospitalisation
  - Logique de parcours hôpital-ville
  - À un moment de rupture
  - Pour les PA hospitalisées en urgence en gériatrie, ou dans un autre service avec prise en charge de EMLG
- OMAGE ambulatoire (OMAGE A)
  - En ville
  - Si  $\geq 10$  médicaments
  - Si 5 médicaments et diurétique ou anticoagulant oral
  - Si accident iatrogénique grave avec passage à l'hôpital dans les 6 mois

# OMAGE : trois facettes

- Facette prescription (P)
  - Optimisation diagnostique et thérapeutique via PMSA (HAS) simplifié, avec conciliation
    - Gériatre (OMAGE P)
    - Médecin traitant (OMAGE A)
  - Facette coordination (C)
  - Facette éducation (E)
    - Séance 1 : bilan éducatif partagé avec le patient (IDE, pharmacien)
    - Séance 2 : liens maladies/symptômes/traitements (médecin)

<b>Modèle</b>	<b>Lieu de l'intervention</b>	<b>Facettes</b>	<b>Professionnels impliqués</b>
OMAGE essai	UGA	P/C/E1à4	Gériatre hors UGA
OMAGE Parcours IDE 2013	UGA/SSR	P/C/E1et2	Gériatre UGA/SSR IDE H ou ETP
	Domicile patient	E3à6	IDE ETP

# Les résultats issus de OMAGE

## Parcours 2013

- Simplification du dossier OMAGE
- Ajout de la dimension multi-professionnelle à l'hôpital (gériatre, IDE, pharmacien)
- Elaboration du volet ambulatoire de l'ETP (IDE)
  - Visites à domicile
  - Suivi téléphonique

Modèle	Lieu de l'intervention	Facettes	Professionnels impliqués
OMAGE essai	UGA	P/C/E1 à 4	Gériatre hors UGA
OMAGE Parcours IDE	UGA/SSR	P/C/E1 et 2	Gériatre UGA/SSR IDE H ou p
	Domicile patient	E3 à 6	IDE ETP
<b>OMAGE Parcours CCP</b>	<b>UGA/SSR/EMG</b>	<b>P/C/E1</b>	<b>Gériatre IDE</b>
	<b>Domicile patient</b>	<b>E3 à 6</b>	<b>MG IDE ETP Pharm</b>
<b>OMAGE ambulatoire</b>	<b>Cs / Pharmacie/ VAD</b>	<b>P/C/E1 à 6</b>	<b>MG (-+gériatre) IDE ETP Pharm +/- autres prof</b>

# ÉTAPES

REPÉRER

OPTIMISER LES DIAGNOSTICS ET LES TRAITEMENTS

COORDONNER

ÉDUQUER

# Repérer : Population cible (HAS)

- 75 ans et plus H en urgence dans les 6 mois (dans l'année ?) et :
  - 10 médicaments ou plus
  - Ou 5 médicaments ou plus et ACO ou diurétique
- Priorité aux patients avec haut risque iatrogène perçu par un professionnel de santé prenant en charge la personne (Géronte / MT, IDE, pharmacien)

# Facettes prescription/coordination

- 3 points incontournables :
  - Conciliation médicamenteuse : pharmacien + autres acteurs
  - Bilan pré-éducatif : IDE
  - Tableau PMSA : gériatre en concertation avec MT (parcours) ou MT en concertation avec gériatre (ambulatoire)
- Un temps de coordination

# Conciliation médicamenteuse

Nom du Traitement	Forme galénique	MATIN	MIDI	APRES-MIDI	SOIR	NUIT
Hémigoxine 0,125 mg : Lun Mer Sam	CP	1				
Acébutolol (sectral) 200 mg	cp	1/2			1cp	
Irbésartan (Aprovel) 300 mg		1 cp				
Lasilix 40 mg	cp	1cp				
Atovastatine (Tahor) 10 mg	cp				1cp	
Minisintrom 1mg en alternance 2 mg	Cp				1 ou 2	
Lantus 28 UI					28 ui	
Lexomil 6 mg	cp				1/4	

# Bilan pré-éducatif

Qui prépare vos médicaments ?...Moi même.....

Quelqu'un vous aide-t-il à les prendre ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés pour les prendre ? Oui  Non

Utilisez-vous un pilulier ? Oui  Non

Si non, comment préparez-vous vos médicaments ?

...je prépare mes médicaments du matin pour le mois ceux du soir au fur et à mesure

Avez-vous des difficultés à manipuler/couper vos médicaments ? Oui  Non

Comment vous y prenez-vous pour couper vos médicaments ?

Avec un petit couteau.....

Pour vos prises de sang, recourez-vous toute l'année au même laboratoire ? Oui  Non

Qui organise les rendez-vous médicaux et vos rendez-vous de prise de sang ?

Coordonnées du laboratoire de biologie :

Allez-vous acheter vos médicaments toujours à la même pharmacie ?

Oui  Non NSP

Coordonnées de la pharmacie de référence :

**Automédication** : Que faites-vous en cas de :

constipation ? alimentation riche en fibres si constipation de plus de 2 jours

douleur ? Doliprane

troubles du sommeil ? Lexomil 1/4 cp, il y a 2 ans un docteur m'a fait un monitoring et on vu un sommeil

léger

anxiété ?

Lexomil.....

**Observance** : « La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme le médecin En cas de prise d'AVK :

les leur a prescrits. Cela vous est-il arrivé ? Oui  Non

Avez-vous un carnet de surveillance pour vos AVK ?... 0  N

Si oui, avec quels médicaments ? .....

Pourquoi ? .....

Avez-vous une carte, sur vous, signalant que vous êtes sous AVK ? 0  N

A quelle fréquence ?





PMSA

Appel MT nom.....

Date : ..... Appel Spécialiste.....

Nom : .....

JOUR.....

Date : ..25../02../2014

Pathologies présumées	Preuves diagnostiques ?	Opt diag? Oui/ Non ?	Traitement à l'admission, date d'introduction et Modifications thérapeutiques <6 mois	Opt TT?	Observations
Fractures multiples du bassin compliquées d'hématome épidual L4 - S1 en voie de consolidation		N	Rééducation Persistance d'un discret déficit moteur du MI droit à la sortie	O	Déficit du membre inférieur droit et des troubles vésico-sphinctériens au départ
Dénutrition sévère mixte par Hypercatabolisme ( fracture, hématome, intervention, infection secondaire) et anorexie	A perdu 10 kg depuis son admission poids de sortie 48 kg	N		O	Poids de forme 58 kg Albuminémie 34g/l le 6 février
Cardiopathie sur valvulopathie mitrale Prothèse de Saint Just (sur RAA en 1977), sténose aortique modérée et hypertension Pas d'infarctus Arythmie chronique avec passage rapide avec insuffisance cardiaque en novembre 2013	ETT FEVG =49% (35% en 2012)	N	↓Sectral 200 : ½ x 2/J (1/2 et 1 à la maison ↓Lasilix 20 mg/j (40 à la maison) Coumadine le 13/01 en relais des HBPM (Minisitrom) Hémigoxine 3 fois par semaine		
HTA d'origine rénovasculaire (3 stents)		N	Arrêt de l'amlodipine et relais par de l'Aprovel 150 (diabète)	O	Fonction rénale avec un Cockcroft à 65 ml/min.
Diabète insulino requérant depuis 2006		N	↓ Lantus (de 20 à 10)	O	HbA1C = 6,8%

# Facette éducation

- Un programme éducatif intégrant la polypathologie :
  - Qui fait suite à une optimisation des diagnostics et des traitements
  - Qui conjugue une standardisation relative et une personnalisation de l'action éducative
  - Qui se situe à un moment de rupture du parcours de soins ou proche de celui-ci (sortie d'hospitalisation en urgence)
  - Qui a trois priorités (FDR d'hospitalisations évitables) :
    - Diminuer le risque iatrogénique médicamenteux
    - Repérer les dépressifs majeurs pour sécuriser le suivi et/ou centrer l'éducation sur l'aidant
    - Nommer la dénutrition, insidieuse, et lui donner un statut de maladie et donc mettre en place sa prise en charge

# Pour être acteur de sa santé, la personne doit pouvoir :

- faire valoir ses valeurs, ses projets, ses priorités
- S'approprier les connaissances utiles à une meilleure gestion de sa santé, de ses maladies chroniques et de ses traitements pour pouvoir, notamment, alerter de façon pertinente et précoce son médecin traitant ;
- se saisir de son parcours de santé, de façon adaptée

→ **Finalité de l'éducation thérapeutique**

# Spécificités du grand âge / ETP

- Représentations sans doute différentes (effet générationnel ?)
  - Des maladies
  - Des traitements
  - De la douleur / antalgiques :
    - peur d'être dépendant... Image négative de la morphine mais pas seulement,...
    - peur que les antalgiques perdent leur efficacité,...
    - peur que si la douleur disparaît, il ne sache plus évaluer où en est son mal...
- Les ressources
  - PA : savoir expérientiel de son corps et de ses réactions face à la maladie ; souhait d'être impliqué dans les décisions
  - Aidants « ressource » : analyse pertinente / état de santé et comportements de la PA malade
- Les freins :
  - Perception par les soignants du grand âge « la PA est transparente »
  - Fragilité du grand âge, qui touche souvent les aidants

# Spécificités du grand âge / ETP

- Finalité du soin
  - Préférences et valeurs du patient
    - Impact fonctionnel, garder son autonomie est une valeur phare
  - Visée clarifiée
    - Donner du sens pour motiver le patient à prendre soin de lui
- Temporalité / rythme
  - Délai long pour accéder à l'annonce
  - Rapidité des consultations et des prises de décision, longueur des notices...
  - Besoin de préparer les consultations : rôle de la personne de confiance

# Besoins éducatifs

- Besoin d'être impliqué comme partenaire actif
  - Besoin de valorisation,
  - Besoin de connaissances de ses maladies
- Besoin de sécurité
  - Besoin de renforcer son sentiment d'auto-efficacité
  - Besoin de connaissances des signes d'alerte et situations à risque

# Visées du programme ETP :

- 6 compétences emblématiques sont visées :
  - **Connaître ses maladies et s'expliquer les liens entre ses symptômes et ses maladies et entre ses maladies**
  - **Connaître et s'expliquer les liens entre ses maladies et ses traitements**
  - **Réagir de façon précoce aux signes d'alerte de déstabilisation de ses maladies et / ou de ses traitements**
  - **Réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et /ou de ses traitements**
  - **Gérer son traitement au quotidien**
  - **Gérer son parcours de soins et son suivi**

# Visées du programme ETP

- +/- 4 compétences fréquentes chez patients polypathologiques
  - **Gérer son traitement diurétique**
  - **Gérer son traitement anticoagulant au quotidien**
  - **Mettre en œuvre une alimentation adaptée à sa (ses) pathologie (s)**
  - **Mettre en œuvre une activité physique adaptée à sa (ses) pathologie (s)**

# 2 temps

## 1) S'accorder (hôpital ou cabinet/domicile)

- S1 : Bilan éducatif : éléments de santé/priorité et visée patient
- S2 : Séquence Liens : à partir de la priorité patient et mettant en évidence la priorité soignant

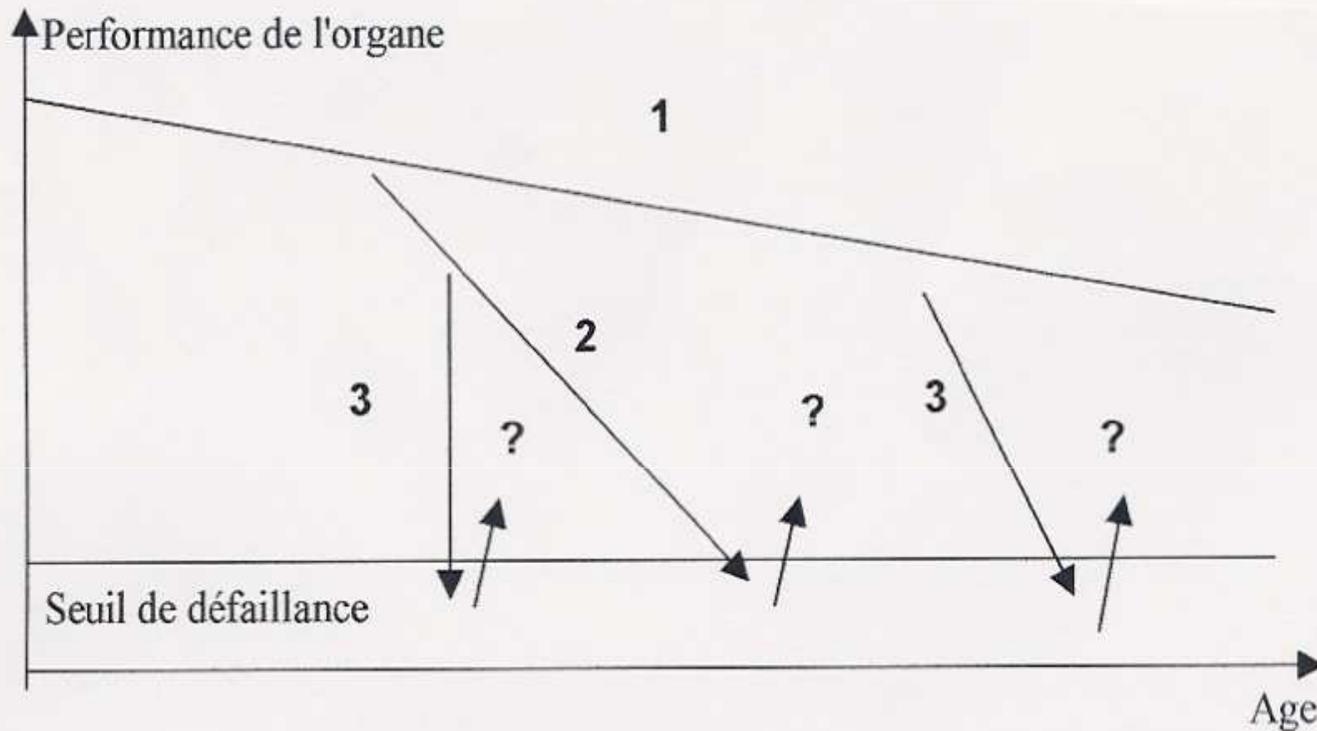
→ **concept gériatrique des « pathologies en cascade »**

## 2) Sécuriser (domicile)

- S3 : Sécurisation de la gestion des traitements
- S4 : Mise en place de la surveillance
- S5 : Savoir Réagir (S Alerte/S à risque de déstabilisation des maladies et/ou des traitements)

→ **concept gériatrique du « 1+2+3 »**

- Evaluation



Défaillance viscérale chez le sujet âgé. Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?).  
 (D'après J.P. Bouchon, 1984)

# 3 outils

- Jeu de cartes :
  - Aide à l'entretien de compréhension
  - Aide au dépistage de la dépression
  - Aide à l'explicitation des liens
    - Symptômes / maladies ; maladies entre elles
    - Maladies-symptômes / traitements / alternatives non médicamenteuses
  - Facilitation des apprentissages
  - Il donne un fil rouge au travail entre :
    - Les professionnels
    - Le malade et son entourage
- Chevalet : savoir réagir
- Remis : synthèse co-construite

# Le jeu de cartes

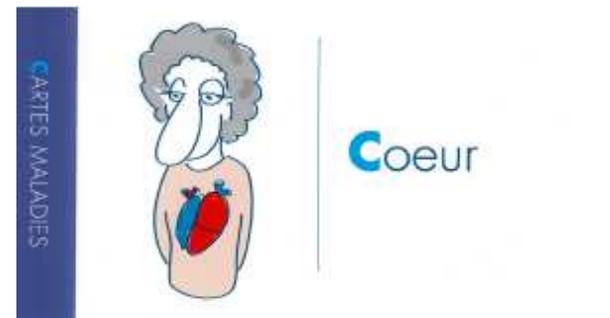
## Aide à l'entretien de compréhension

- Cartes symptômes privilégiées  
++++ avec verbatim patient

- Quelques cartes sur la  
problématique médicaments

Aide à l'explication des liens :

- Cartes maladies
- Cartes vierges « traitements »



## Cartes sélectionnées par le patient

CARTES SYMPTOMES



Je n'entends pas bien

CARTES SYMPTOMES



Je perds la mémoire

CARTES MALADIES



Insuffisance cardiaque

CARTES MALADIES



Hypertension

CARTES MEDICAMENTS



J'ai trop de médicaments à prendre

CARTES SYMPTOMES



Je suis essoufflé(e)

CARTES SYMPTOMES



Je me sens fatigué(e)

CARTES SYMPTOMES



J'ai les jambes qui gonflent

## Cartes sélectionnées après entretien

CARTES MALADIES



Fibrillation auriculaire

CARTES SYMPTOMES



Je prends du poids

## Carte précisée après entretien

CARTES SYMPTOMES



J'ai du mal à dormir

**Je suis obligé de dormir dans mon fauteuil**

CARTES SYMPTOMES



Je n'entends pas bien

CARTES SYMPTOMES



Je perds la mémoire

CARTES SYMPTOMES



Je suis essoufflé(e)

CARTES SYMPTOMES



Je suis obligé de dormir dans mon fauteuil

CARTES MALADIES



Fibrillation auriculaire

CARTES MALADIES



Insuffisance cardiaque

CARTES SYMPTOMES



Je me sens fatigué(e)

CARTES MALADIES



Hypertension

CARTES MEDICAMENTS



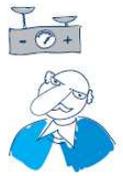
J'ai trop de médicaments à prendre

CARTES SYMPTOMES



J'ai les jambes qui gonflent

CARTES SYMPTOMES



Je prends du poids

# Chevalet



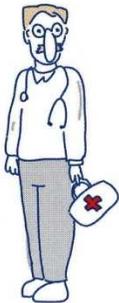
**E**poux/épouse



**F**amille



**A**mis/voisins/  
gardien(ne)



**M**édecin traitant/  
Spécialiste



**A**uxiliaire de vie/  
aide-ménagère



**U**rgences/hôpital



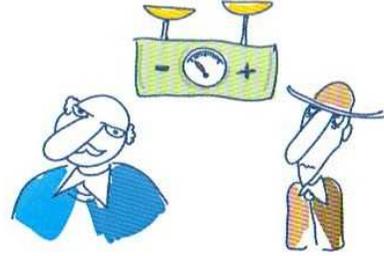
**E**nfants



**I**DE et autre professionnel  
paramédical



**O**edèmes des membres inférieurs



**P**oids



**C**hute



**M**alaise



**C**hangement de caractère



**E**ssoufflement



**D**ésorientation et trous de mémoire



**F**atigue

...



**M**odification de mes médicament(s)



**M**odification de mon suivi médical



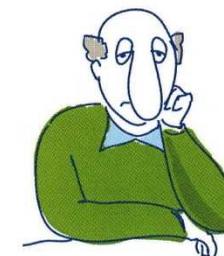
**N**ouvelle maladie



**I**nfection/ fièvre/ coup de chaleur



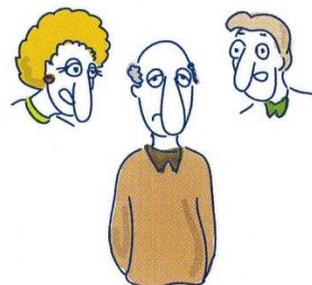
**M**anque d'appétit/ troubles digestifs



**P**roblème personnel



es fêtes/ les vacances



**C**hangement de mon entourage



**B**aisse de moral

qui doit m'inquiéter

Ce qui peut déstabiliser ma santé



**Qui dois-je contacter ?**

**Médecin(s) :** .....

**Autre(s) :** .....



M : .....

Date : .....

## **Mes problèmes de santé et Mes traitements**

<b>Mes problèmes de santé</b>	<b>Mes traitements</b>	<b>Moyens de surveillance</b>	<b>Remarques</b>

## ÉTAPES INCONTOURNABLES

**REPÉRER** patients 75 ans et plus , H en urgence et

- 10 médicaments ou plus
- Ou 5 médicaments ou plus et ACO ou diurétique

### OPTIMISER LES DIAGNOSTICS ET LES TRAITEMENTS

- 1) Diagnostic médicament pré-ETP
- 2) Conciliation médicamenteuse
- 3) Tableau d'optimisation diagnostics et traitements

**COORDONNER** (H/ville et entre prof)

### ÉDUQUER « S'accorder »

S1: Diagnostic ETP (éléments de santé/priorité)

S2: Liens

### ÉDUQUER « Sécuriser »

S3: Gestion du traitement

S4: Mise en place de la surveillance

S5: Savoir réagir

S6: Evaluation

## MODULES ETP

Classes à risque  
(ACO, diurétiques)

Nutrition /activités phys

Pathologie spécifique

## ÉTAPES

**REPÉRER** patients 75 ans et plus , H en urgence et

- 10 médicaments ou plus
- Ou 5 médicaments ou plus et ACO ou diurétique

### OPTIMISER LES DIAGNOSTICS ET LES TRAITEMENTS

- 1) Diagnostic médicament pré-ETP
- 2) Conciliation médicamenteuse
- 3) Tableau d'optimisation diagnostics et traitements

**COORDONNER** (H/ville et entre prof)

### ÉDUQUER « S'accorder »

S1: Diagnostic ETP (éléments de santé/priorité)  
S2: Liens

### ÉDUQUER « Sécuriser »

S3: Gestion du traitement  
S4: Mise en place de la surveillance  
S5: Savoir réagir  
S6: Evaluation

## MODULES

## Où ?

H ou V

H ou V

H ou V

A domicile

## Qui ?

Tous

- 1) IDE
- 2) Pharm
- 3) Med

S1: IDE  
S2: Med

IDE  
/med

Pharm/MT /IDE  
ou autre?

**Articulation pratique entre les  
dispositifs PMSA, Omage et la  
conciliation médicamenteuse**

# PERSONNE AGÉE DE 75 ans et plus : médicaments

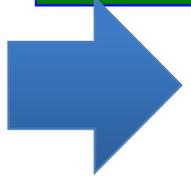
CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE



RÉSEAU

Repérer, alerter, identifier causes, proposer mesures correctes

Polymédicamentés ( $\geq 10$ ), polypatho ( $\geq 3$ ) ou hospitalisation en urgence



Optimisation diagnostique et thérapeutique  
+- OMAGE