



## **OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs)**

### **Une intervention pour réduire les réhospitalisations des sujets âgés**

**Journée gestion du traitement personnel**

**7 novembre 2014**

**Dr D Bonnet-Zamponi et Pr S Legrain**

## **Au départ, un constat de terrain...**

- Les patients reviennent à l'hôpital ...
- L'ancienne ordonnance est aussi de retour!
- Le patient n'a pas fait les examens préconisés, n'a pas pris le traitement proposé...
- Frustration...et remise en cause:
  - Les patients sont plus « objets » que « sujets » de soins
  - Les médecins traitants sont peu contactés
  - Les CRH ont du retard et n'explicitent pas tjrs les motifs des chgmts de tt

## ...confirmé par la littérature

- Sujets âgés = à risque d'hospitalisations répétées
  - potentiellement délétères,
  - coûteuses
  - et **en partie évitables**.
- 3 motifs d'hospitalisation(s) évitable(s):
  - **Problèmes liés aux médicaments:**
    - Iatrogénie: 10 à 20%
    - Observance : 10%
    - Sous-prescription : 10%
  - **Dépression**
  - **Dénutrition**

## Un espoir

- Faire mieux est possible: chez les sujets âgés avec une insuffisance cardiaque, les interventions multifacettes associant:
  - Optimisation de la prescription
  - Optimisation de la coordination hôpital/ville
  - Education thérapeutique du patientdiminuent significativement les reH à 3 mois (↓30% des patients reH)

## L' idée

↓ les reH des sujets âgés hospitalisés en urgence par une intervention :

1) centrée sur le patient

2) focalisée sur les 3 motifs d'H évitables

3) avec adaptation des 3 facettes des « interventions de l'insuffisance cardiaque » au sujet polyopathologique:

- **Prescription** : outils du programme PMSA de la HAS
- **Education**: conception d'un nouveau programme
- **Coordination**: précoce et renforcée avec le médecin traitant avec validation des modifications thérapeutiques et messages clé pour le suivi.

## 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 Vermy, MD, PhD,<sup>§§§</sup> Blandine Pasquet, MSc,<sup>§</sup> Aline Lasserre Moutet,<sup>§§</sup> Deborah 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

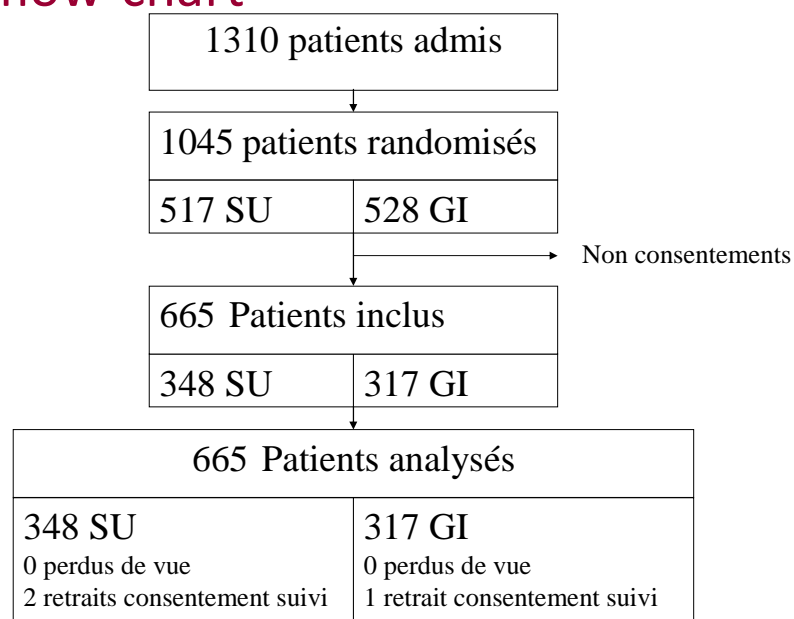
*Dominique Bonnet-Zamponi, MD,<sup>\*†1</sup> Lydie d'Araillb, MD,<sup>†§1</sup> Cécile Komrat, MD,<sup>\*</sup> Sandrine Delpierre, MD,<sup>§</sup> Deborah Lieberherr, MD,<sup>§\*\*</sup> Aurélie Lemaire, MD,<sup>†††</sup> Florence Tubach, MD, PhD,<sup>†§§</sup> Sophie Lacaille, MD,<sup>§</sup> Sylvie 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)
- Design : Zelen
- 4 géiatres interventionnels
- Patients consécutifs  $\geq 70$  ans
  - sauf soins palliatifs et durée de séjour  $\leq 5$  j
- CJP: ReH en urgence et/ou passage(s) au SAU à 3 et 6 mois
  - Sources : tel patient et/ou aidant + MG
  - + screening base administratives
- Calcul du nombre de sujets:  $\downarrow$  20% à 6 mois  $\rightarrow$  800 patients

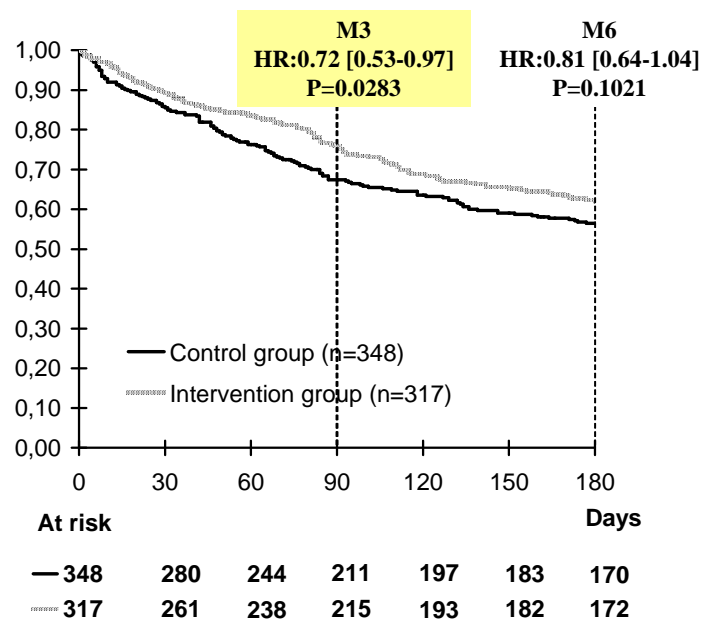
## Résultats: flow-chart



## Résultats : Population

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

## Résultats: impact intervention



## Résultats: impact intervention

	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

## 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

## Limites

- Absence impact à M6:
  - Manque de puissance?
  - Biais de contamination?
  - Absence de composante post sortie?



**Proposition d'un OMAGE Parcours**

## OMAGE parcours 2013

Modèle	Lieu de l'intervention	Facettes	Professionnels impliqués
OMAGE essai clinique	UGA	P/C/E	Gériatre investigateur hors UGA
OMAGE Parcours IDE Art 70	UGA/SSR	P/C/E initiale	Gériatre UGA/SSR + IDE H et/ou IDE « ETP OMAGE »
	Domicile patient	E suivi	IDE « ETP OMAGE »

L'intervention OMAGE  
parcours envisagée après  
avoir tiré les leçons de  
l'essai OMAGE et de  
l'expérience du parcours  
18

Deux facettes  
incontournables avant le  
programme éducatif  
prescription / coordination

Conciliation médicamenteuse et Tableau PMSA simplifié

En accord avec le MT



## Facette prescriptio

Conciliation  
médicamenteuse



Problèmes de santé	Preuves diagnostiques	Optim Diag?	Traitements	Optim Tt?	Remarques

## Facette Coordination

### Précoce:

Avis médecin traitant pour le PMSA et des modifications thérapeutiques éventuelles

### A la sortie:

CRH le jour de la sortie avec:

- Titres informatifs sur le pathologies
- **Tableau tt entrée/sortie** et justifications des modifications

Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires (justifications modifications thérapeutiques, durée du traitement)

## Facette éducation

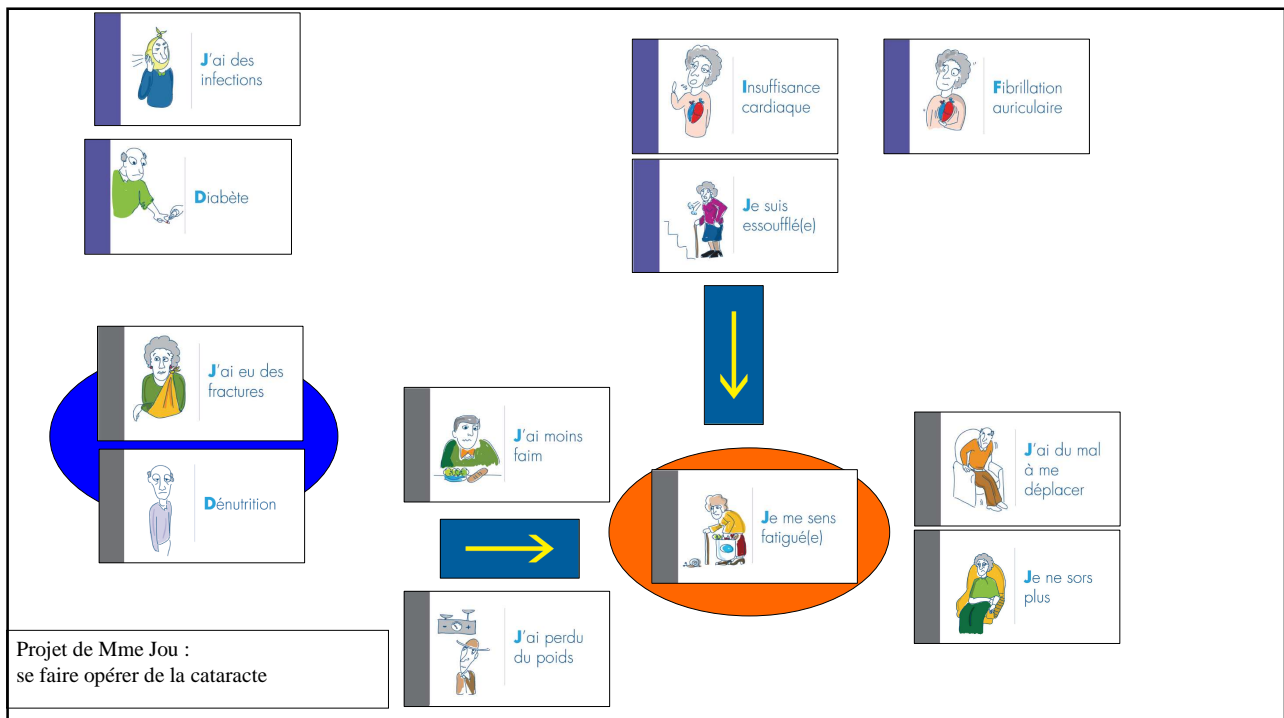
- Un programme éducatif intégrant la polypathologie :
  - Qui conjugue une standardisation relative et une personnalisation de l'action éducative
  - Qui s'intéresse aux motifs d'hospitalisations évitables :
    - Repérer les dépressifs majeurs pour sécuriser le suivi et/ou centrer l'éducation sur l'aidant
    - Diminuer le risque iatrogénique médicamenteux
    - Nommer la dénutrition, insidieuse, et lui donner un statut de maladie pour mieux la prendre en charge.

## Référentiel de compétences du programme ETP (guide pour le soignant)

- Compétences de sécurité:
  - Savoir gérer son traitement au quotidien.
  - Savoir réagir aux signes d'alertes de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
  - Savoir réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
- Les autres compétences :
  - 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 ;
  - Gérer son parcours de soins et son suivi ;
  - Mettre en œuvre une alimentation adaptée à ses pathologies ;
  - Mettre en œuvre une activité physique adaptée à ses pathologies.

## Volet hospitalier éducatif

- Bilan éducatif :
  - s'accorder avec le patient sur ses problèmes de santé et les objectifs à atteindre en conciliant la priorité du patient (et son projet levier motivationnel) et les priorités des soignants
  - Cible malade (avec ou sans aidant)
  - Qui? infirmier ETP OMAGE
- 1<sup>ère</sup> Séance éducative
  - Travail sur la compréhension des liens entre symptômes/maladies et maladies entre elles
  - Qui? gériatre



## **Volet éducatif Ambulatoire (VAD de 2 à 6 puis suivi téléphonique)**

- Par IDE ETP OMAGE en lien avec les autres professionnels
  - 2 temps incontournables:
    - Sécurisation de la gestion des traitements
    - Savoir Réagir (S Alerte/S à risque de déstabilisation des maladies et/ou des traitements)
  - +/- modules en fonction des problématiques patient:
    - Patient dénutri :Alimentation/activité physique
    - Insuffisant cardiaque dénutri: bon et mauvais poids
    - Traitement à haut risque iatrogène : AVK ou diurétique
    - ...

## **En pratique : il reste 3 freins**

- Les malades tirant le plus de bénéfice de l'intervention OMAGE sont actuellement rarement dans la filière gériatrique.
- Facettes prescription et coordination :
  - Tableau PMSA non inclus dans dossier médical informatisé
  - MG pas toujours faciles à joindre
  - Tableau médicaments du document de sortie impossible à insérer dans CR web!
  - Facette éducation:
- L'IDE hospitalier n'a pas la disponibilité pour réaliser l'ETP, car pas de moyens dédiés.

## Mi 2014 : 3 avancées

- 09/2014: Programme ETP OMAGE reconnu comme programme de référence par la HAS dans le cadre ETP PAERPA
  - Restriction de la population cible aux patients tirant le plus bénéfice de l'intervention:
    - Lucide ou troubles modérés avec aidant disponible et volontaire
    - Polymédicamenté ( $\geq 10$  ou  $\geq 5$  avec ACO ou diurétique)
    - Accident iatrogène grave (atcd ou actuel)
- 10/2014: Le document de sortie MCO de la HAS :
  - retient 5 rubriques obligatoires superposables à celles d'OMAGE avec un tableau traitements habituels/ de sortie/justification des modifications
  - adressé au médecin généraliste le jour de la sortie du patient= critère de certification 2016
- 2015: Messagerie sécurisée nationale avec un espace de confiance partage entre acteurs de ville et ETS bientôt opérationnelle

## Proposition OMAGE 2015 (en cours de réflexion à l'ARS)

- Former les filières gériatriques en associant les équipes mobiles gériatriques aux facettes P et C
  - Tableau PMSA
  - Conciliation médicamenteuse
  - CRHFormateurs S Legrain et Dominique Bonnet
- Projet 18 laboratoire de mise en œuvre  
Trois enjeux :
  - Associer les EMG ( élargir les services impliqués et accroître la file active
  - Travailler avec les pharmaciens hospitaliers
  - Travailler sur le PPS et le volet éducatif avec les médecins généralistes/pharmaciens d'officine / IDEL ou SSIAD , en relais de l'IDE ETP