



Etude MARIÉ

(Médicaments à Adapter à la fonction Rénale et Intoxication Evitable):

exemple d'une collaboration médico-pharmaceutique dans le cadre de l'IRC

Xavier Pourrat

ANEPC/SFPC Lyon 2013

Rationnel

- 25% des patients hospitalisés ont un eDFG <60mL/min [Prat et al. 2010]
- 20-25% des patients à risque de MRC [diabétique et/ou HRCV] n'ont pas de suivi néphro.
- 19% à 67% des médicaments à adapter à la fonction rénale prescrits à l'hôpital ne le sont pas [Long et al 2004]
- La HAS recommande aux patients de présenter aux pharmaciens d'officine leur bilan biologique [HAS 2012]
- Loi HPST: pharmacien d'officine rôle de coordination en lien avec le MG avec possibilité de suivi des patients chroniques [renouvellement, adaptation posologique...]
- Les pharmaciens d'officine sont peu/pas formés à l'IRC

Région centre et IRC

- Lien ville-hôpital fort sur 37 et 41 [EPVH depuis 2004]
- Sensibilisation à l'IRC depuis 2009: formation officinaux et MG d'un même territoire + FMC
- ODS avec eDFG en cas de MRC
 - Enquête d'impact peu favorable [Papoin 2013]
- ARS : projet IRC

CHU de Tours et IRC

- Service de Néphrologie : 100-120 greffes /an
 - Unité néphrovigilance
 - Lien fort ARS via CRIRC
- Service de pharmacie
 - Rédaction support médicaments et rein
 - Suivi méd. des patients à risque d'IRC
- Collaboration Pharmacie-Néphrologie
 - Formations: FMC médicale, FMC Faculté, formation initiale pharmacien,
 - Lien ville hôpital: MG-PO et patients à risque
 - Travaux de recherche
 - Classification des médicaments selon IRC : mésusage

MARIÉ: objectifs

Promoteurs: EPVH-URPS pharmaciens

Collaborateurs: URPS médecins et URPS biologistes

Objectif principal

Évaluer l'impact du pharmacien d'officine (PO) sur l'adaptation des médicaments dans un contexte d'insuffisance rénale.

Objectifs secondaires

Évaluer la faisabilité d'une collaboration pharmacien officine- médecin généraliste-Biologistes- hôpital dans la prise en charge médicamenteuse des patients insuffisants rénaux.

Évaluer les sous-groupes de patients pour lesquels le dispositif est le plus pertinent: thérapeutique prescrite, stade maladie rénale, co-morbidités, âge..

MARIÉ: méthode

- 4 pharmacies par département de la région centre sélectionnées
- Identification de 52 patients à risque de MRC [>65 ans avec au moins deux médicaments à visée cardiovasculaire et/ou anti-diabétique]
- Demande au LABM la dernière créatS
- Identification des patients à $eDFG < 60\text{mL/min}$
- Analyse des prescriptions avec cette nouvelle donnée
- IP éventuelle au MG et suivi de celle-ci

MARIÉ: critères de jugement

- Critère principal
 - Taux de problèmes corrigés
 - Taux de patients à problèmes corrigés
- Critères secondaires
 - Taux de problèmes identifiés par le pharmacien
 - Taux de propositions acceptées par le médecin
 - Impact clinique des problèmes corrigés

MARIÉ: ressources

- Les équipes pharmaceutiques officinales ont été formées à l'IRC par le CHU [néphrologue-pharmacien]
- Néphrovigilance [CHU] en support pour aider les pharmaciens d'officine
- Suivi hebdomadaire par comité scientifique [PO, biologiste, PU-PH néphro et PH pharmacien]
- Les MG ont été informés par l'URPS d'une étude en cours
- Validation ARS du projet

Résultats partiels

776 patients suivis

- 7,5% sans dosage de la créatS >1 an
 → IP faite auprès du MG
- 23,5% <60 mL/min
- Pour les dossiers analysés et complets
 - +/- ¼ des patients aurait un problème médicamenteux
 - +50% des problèmes seraient identifiés par le pharmacien d'officine
 - Acceptation médicale relative (50%)

Exemples de situations gérées par les pharmaciens d'officine

- Suite à IP, le MG a procédé aux modifications suivantes:
 - Réalisation d'un dosage de la Créat S
 - Diminution posologie Allopurinol
 - Changement de DDP4 et/ou baisse de dose
 - Baisse posologie Metformine/ changement de traitement ADO +/- insuline
 - Envoi vers néphrologue/diabétologue
 - Arrêt double blocage (rasilez/IEC) chez un diabétique

Post MARIÉ

- Formation continue à poursuivre [Faculté pharmacie + néphrologues]
- Extension du projet (en partenariat avec l'ARS) à un bassin d'officines plus important
- Idéal : systématiser la demande de la CréatS lors de la venue d'un patient à risque à l'officine