

APPEL A CANDIDATURES 2025

« Mise en place de Centres Experts de Prévention et de Prise en charge de l'Iatrogénie Médicamenteuse (CEPPIM) dans les établissements de santé Et Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée pour les départements 04, 05 et 84 »

1 - Contexte et objectifs généraux du projet

1.a) Mise en place d'une Equipe de Prévention et de Prise en charge de l'Iatrogénie Médicamenteuse (EPPIM) dans les établissements de santé

La loi de Santé Publique du 9 août 2004 inscrit l'iattrogénie médicamenteuse comme une priorité de santé publique avec des objectifs de renforcement de la qualité des soins et de réduction de l'iattrogénie liée aux produits de santé.

L'OMS en 1969 a décrit l'iattrogénie médicamenteuse comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques. »

Les enquêtes ENEIS 1 et 2, en analysant l'ensemble des événements indésirables liés aux soins, ont permis de mettre en évidence l'impact de l'iattrogénie médicamenteuse, en plaçant le médicament comme principal facteur d'exposition à un Événement Indésirable Grave (EIG) devant les actes invasifs. Elles ont également permis d'estimer que 60 000 à 100 000 hospitalisations par an en France seraient dues à un EIG. ENEIS 2 n'a pas permis de démontrer une diminution significative de l'iattrogénie médicamenteuse entre 2004 et 2009.

ENEIS 3 montre une réduction notable des EIGS évitables et de leur gravité entre 2009 et 2019

mais la vigilance doit être maintenue sur la chirurgie, sur les soins critiques et sur les DMI pour les événements survenus au cours d'une hospitalisation. De même, les EIGS à l'origine d'une ré-hospitalisation sont beaucoup plus nombreux en établissement de santé qu'en médecine de ville et doivent constituer un sujet constant d'attention. En effet, pour 160 000 à 375 000 EIGS par an survenus au cours d'un séjour hospitalier dans un service de médecine ou chirurgie, 34% seraient évitables.

L'étude EMIR estimait à 143 915 le nombre de journées d'hospitalisations dues à un Effet Indésirable Médicamenteux (EIM) par an, en France.

L'étude EVISA a permis, grâce à une analyse qualitative, d'identifier d'autres facteurs de risques d'EIM. En effet, environ un quart des EIM serait lié au comportement du patient ou de son entourage, les trois quarts restants seraient liés à des erreurs d'indications thérapeutiques, au retard thérapeutique, à l'erreur ou au retard diagnostique, ou à un défaut de prévention ou de surveillance. Des facteurs de vulnérabilité ont également été identifiés : la période entre le début de perte d'autonomie d'un patient et la mise en place d'un support d'aide à la prise des traitements, l'isolement social et la polymédication.

Au total, les résultats traduisent l'importance des coûts humain et économique de l'iatrogénie médicamenteuse. L'identification de facteurs de risque permet une adaptation des comportements en vue de réduire la fréquence de celle-ci. L'iatrogénie médicamenteuse est multifactorielle. Il existe des facteurs liés aux thérapies médicamenteuses (complexité, présence de traitements inappropriés, d'interactions médicamenteuses, problématiques de tolérance), à l'état clinique des patients (fragilité, état cognitif, douleur, exacerbation de la pathologie...), au patient lui-même, à ses représentations de la maladie ou de ses traitements, à son adhésion thérapeutique, et d'autres liés au parcours de soin et difficultés d'accès aux soins (isolement social).

Cet aspect multifactoriel impose une prise en charge pluridisciplinaire et dédiée.

La **création de centres experts de prévention et de prise en charge de l'iatrogénie médicamenteuse** (CEPPIM) dans les établissements de soins de la région est une opportunité en lien avec l'instruction N°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé.

1.b) Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée

La fréquence des polymédications et comorbidités, élevée dans la population âgée, la rend plus à risque d'effets indésirables médicamenteux. Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) composent fréquemment le traitement chronique des **patients de plus de 65 ans**.

Le lien étant établi entre prescription de MPI chez le patient âgé et risque d'apparition d'un événement indésirable grave médicamenteux (EIGM), la prescription de MPI chez un patient âgé est un des facteurs prédictifs d'hospitalisations pour iatrogénie, de chutes et constitue donc un problème de santé publique. En termes de pertinence de prise en charge, on estime en France à 6 à 10 % les admissions hospitalières résultent d'une problématique d'iatrogénie médicamenteuse.

Ensemble, les deux axes de cet appel à candidatures régional ont pour objectif de promouvoir les approches consistant d'une part en la mise en place d'un dispositif hospitalier de prise en charge interdisciplinaire et pluri-professionnelle de l'iatrogénie médicamenteuse et d'autre part de contribuer à une optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée autour d'une collaboration ville-hôpital et/ou EHPAD-hôpital s'inscrivant dans le parcours patient. Le projet repose sur un dispositif d'appui hospitalier (CEPPIM), composé a minima de trois professionnels de santé dont un médecin avec une compétence en gériatrie et/ou médecine polyvalente et/ou médecine interne et un pharmacien hospitalier clinicien dédié à l'optimisation médicamenteuse.

2 - Objectifs opérationnels de l'appel à candidatures

Le présent appel à projets a pour objet d'accompagner et de soutenir la mise en place d'une prise en charge **spécifique et dédiée de l'iatrogénie médicamenteuse au sein des établissements de santé**, incluant (mais pas uniquement) une optimisation médicamenteuse chez la **personne âgée de 65 ans et plus et une prise en charge de la fragilité** ainsi que l'apprentissage de pratiques professionnelles ville-hôpital communes.

L'approche doit être globale, pluridisciplinaire, synchrone et centrée sur le patient et en lien avec les acteurs de soins primaires notamment les médecins traitants et les pharmaciens d'officine.

Le projet doit avoir comme objectif principal la réduction des événements indésirables médicamenteux dans le parcours de soins des patients, notamment les sujets âgés. L'optimisation de la prise en charge médicamenteuse devra également faciliter l'adhésion thérapeutique du patient et ainsi améliorer l'efficacité du traitement.

Les objectifs opérationnels de l'appel à candidatures sont :

2-a) créer un **ou des centres experts de prévention et de prise en charge de l'iatrogénie médicamenteuse** (CEPPIM) dans les groupements hospitaliers de territoire. L'instruction N°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé permet le financement de ces équipes pluridisciplinaires dans le cadre des hôpitaux de jour. Ces équipes ont vocation à prendre en charge les cas complexes.

2-b) Le développement de la coopération interprofessionnelle ville-hôpital-ville autour de la prise en charge des patients ciblés avec :

- La création d'une Concertation Pluridisciplinaire entre l'équipe hospitalière (CEPPIM) et les professionnels de santé du 1^{er} recours (médecin traitant et pharmacien d'officine) pour l'optimisation médicamenteuse des patients, notamment gériatrique
- L'utilisation d'une solution numérique d'aide à l'optimisation thérapeutique adaptée
- L'amélioration des compétences et des outils de tous les acteurs (soins de 1^{er} recours et hospitaliers) sur le bon usage du médicament et la lutte contre l'iatrogénie notamment chez les personnes âgées en s'appuyant sur les formations DPC et les outils des OMÉDITs.

3. Acteurs éligibles

3-a) Porteurs de projet

Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) du 04, 05 et 84.

NB : L'activité prévue dans le présent appel à projet peut être réalisée par un ou plusieurs établissements de santé du territoire.

3-b) Acteurs concourant à l'activité hospitalière

Tout professionnel de santé, impliqué dans la prise en charge pluridisciplinaire justifiant des compétences nécessaires, peut concourir à ce projet.

L'équipe de soins hospitalière devra être constituée d'au moins trois intervenants incluant *a minima* un médecin avec des compétences en gériatrie et/ou médecine polyvalente et/ou médecine interne et un pharmacien hospitalier clinicien habilité à renouveler et adapter les prescriptions et un professionnel de santé paramédical. Les autres professionnels impliqués peuvent être par exemple : un médecin spécialiste, un infirmier de pratique avancée, un infirmier, un diététicien, un psychologue, une assistant social... Chaque intervenant auprès du patient devra tracer ses activités selon la réglementation applicable à chacun et une synthèse pluridisciplinaire commune sera rédigée.

4. Conditions d'éligibilité et méthodologie proposée

4-a) Phase de repérage

Les patients seront ciblés selon des critères définis et/ou orientés par les professionnels (hospitaliers ou extrahospitaliers). Les modalités de ciblage et/ou d'orientation seront précisées par l'établissement dans la réponse à l'appel à candidature.

En pratique, les patients éligibles sont repérés lors de la prise en charge médicale ou pharmaceutique habituelle à l'hôpital ou en ville, à l'aide de critères d'inclusion ou motifs de consultations.

Les motifs de consultations suivants peuvent être utilisés :

Défaut d'adhésion thérapeutique

Polymédication ($n > 5$ médicaments)

Défaut de connaissance des traitements

Traitements non adaptés aux caractéristiques du patient (clairance rénale, âge, poids...)

Modifications thérapeutiques récentes

Problème d'efficacité

Problème de tolérance

Autre

4-b Phase d'intervention : primo-HDJ

Les patients ciblés /orientés sont reçus en HDJ.

La première venue du patient comportera une **prise en charge (PEC) standard** comprenant :

- Une PEC pharmaceutique renforcée basée sur **l'expertise pharmaceutique clinique** en vue de l'optimisation du traitement en terme de bénéfice thérapeutique et de tolérance et d'adhésion thérapeutique. Une compte rendu de consultation pharmaceutique devra être établi.
- Une PEC médicale, spécialisée si nécessaire, associée ou non à un acte technique ou à un examen complémentaire, qui aura pour but de compléter les optimisations thérapeutiques proposés par le pharmacien clinicien. Une synthèse médicale sera établie
- Une PEC psychologique adaptée pourra être proposée au regard du profil du patient et des difficultés rencontrées pour le suivi optimal du traitement.
- Une PEC sociale pourra être proposée pour résoudre les problématiques d'accès aux soins, d'isolement social

Le patient devra voir successivement les professionnels qui réalisent leurs expertises et en assurent une traçabilité dans le DPI et dans le DMP.

Les professionnels rédigent une **synthèse pluridisciplinaire** permettant d'établir le plan thérapeutique de réduction du risque iatrogène médicamenteux ou de prise en charge de l'évènement iatrogène médicamenteux, validée par le médecin et le pharmacien clinicien.

Une Concertation Pluridisciplinaire entre l'équipe hospitalière (CEPPIM) et les professionnels du 1^{er} recours (médecin traitant et pharmacien d'officine) devra être mise en œuvre via **l'utilisation d'une solution numérique adaptée.**

Un compte-rendu final d'hospitalisation et/ou la lettre de liaison sera déposé dans le DMP du patient et envoyé au médecin traitant, au pharmacien d'officine et aux différents spécialistes qui ont l'habitude de suivre le patient.

4.c) Phase de suivi du patient

Par la suite, en fonction du patient, cette prise en charge pourra être répétée ou bien le patient pourra être revu pour un suivi en consultation ou téléconsultation au CEPPIM, ou bien une articulation sera proposée avec les autres centres experts ou programmes d'ETP afin de réduire durablement le risque iatrogène. Un suivi avec les soins primaires sera aussi mis en œuvre avec les professionnels de santé de ville.

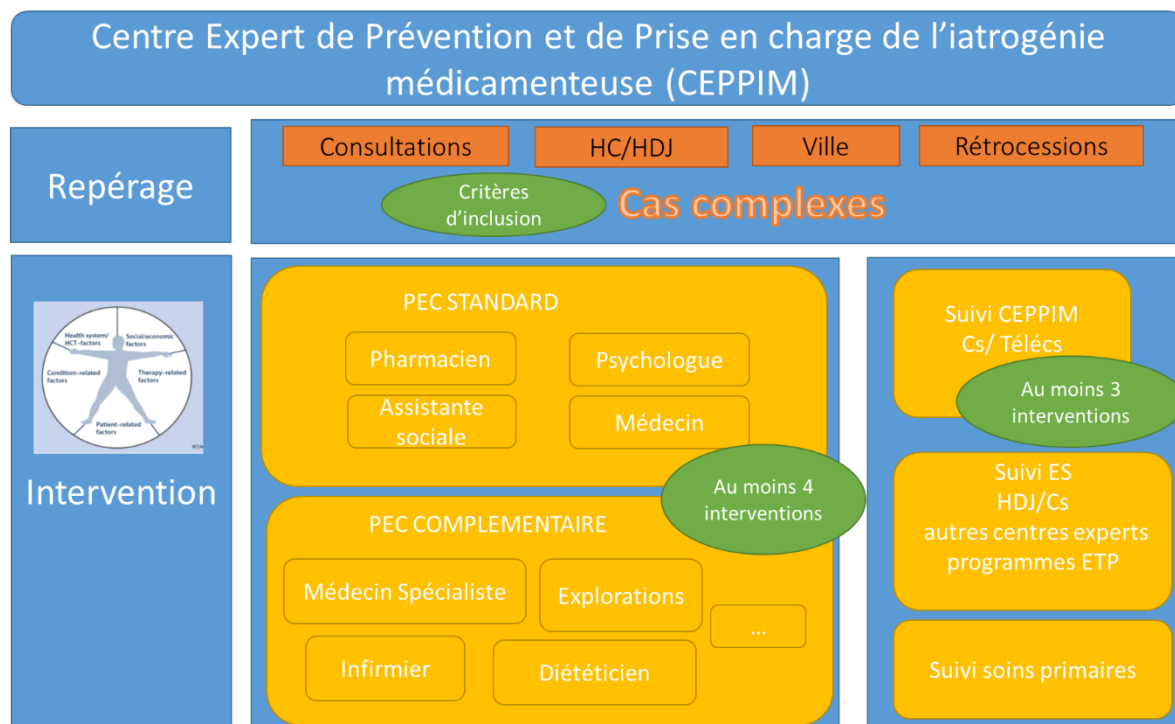


Figure 1 : Organisation proposée du fonctionnement d'un CEPPIM

5. Financement de l'ARS PACA

5-a) Nature du financement

L'accompagnement financier de l'ARS concerne :

- Les coûts des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) visant à faciliter et assurer le déploiement du CEPPIM ;
- Les coûts des ressources humaines dédiées au pilotage du projet ;
- Investissements (informatique, aménagements de locaux)
- Outil numérique dédié permettant la réalisation des bilans de médications et des plans pharmaceutiques personnalisés par le pharmacien ainsi que la concertation pluridisciplinaire ville-hôpital). Un cahier des charges des fonctionnalités attendues de la solution logicielle est disponible sur le site de l'OMédIT PACA Corse : [Logiciel-daide-a-la-Pharmacie-Clinique-vfinale-09022024.pdf](https://www.omeditpacacorse.fr/Logiciel-daide-a-la-Pharmacie-Clinique-vfinale-09022024.pdf) ([omeditpacacorse.fr](https://www.omeditpacacorse.fr))

L'aide financière permettra d'inciter et soutenir les établissements de santé dans la mise en place des CEPPIM dont le fonctionnement à terme doit être pris en charge dans le cadre de l'instruction DGOS N°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé.

Le candidat devra proposer dans la réponse à l'appel à candidatures une évaluation financière à la maîtrise d'œuvre du projet et une évaluation médico-économique mettant en balance les dépenses (ressources humaines, ressources matérielles...) et les recettes attendues (GHS d'HDJ plein ou intermédiaire...).

5-b) Montant du financement

L'aide à la mise en œuvre du CEPPIM sera proposée en fonction de la qualité et de l'ampleur du projet avec un maximum de 50 000 euros répartis sur les 3 départements.

Chaque candidat devra estimer le montant financier permettant de déployer ce projet au sein de son ou ses établissements.

Le montant de l'aide sera versé au démarrage du projet avant la fin de l'année 2025.

6. Pilotage du dispositif

Des revues de projets seront organisées par l'ARS PACA et l'OMédIT PACA Corse, tout au long du déroulement du projet.

7. Evaluation du projet

Les principaux critères d'évaluation d'un projet porteront sur :

- L'opportunité du projet en regard d'une difficulté de gestion du risque iatrogène
- L'envergure du projet et la volonté d'animation territoriale des acteurs potentiels du projet
- L'adéquation des priorités inscrites au présent appel à projet et le périmètre des actes envisagé dans le projet présenté
- L'inclusion significative de patients gériatriques de plus de 65 ans
- L'adéquation et la complémentarité du projet avec l'offre et l'organisation de santé sur le territoire impacté : vision territoriale globale du projet, lien avec la ville, valeur ajoutée dans le cadre du parcours du patient
- La clarté et la pertinence des dispositifs mis en place, pour le développement du projet (organisation, gouvernance, méthodologie,) et pour la continuité du service (organisation médicale, pharmaceutique et technique)
- Les critères quantitatifs (nombre d'actes estimé) et qualitatifs (service rendu, indicateurs spécifiques) du projet
- L'estimation de l'impact sur les dépenses de santé
- La clarté et la pertinence de la réponse au regard des objectifs de l'appel à projets
- La communication et les modalités d'adressage intra-hospitalier et extrahospitalier (ville et EHPAD)
- La mise en œuvre d'un protocole de coopération médecin/pharmacien permettant au pharmacien clinicien de renouveler et adapter les prescriptions.
- L'engagement dans le suivi des indicateurs proposés en Annexe 1

8. Procédure de choix et notification

Les dossiers sont instruits par l'ARS PACA et l'OMédIT PACA Corse.

A l'issue du processus de sélection régionale, le directeur de l'ARS informera par courriel les porteurs de projets, soit de leur sélection régionale et du montant de la subvention allouée, soit de la suite négative donnée à leur demande.

Cette information sera transmise aux promoteurs de projets dans un délai ne pouvant dépasser le 17 novembre 2025.

9. Date limite de réception des dossiers de candidature

Les dossiers de candidature sont à adresser exclusivement par voie électronique aux formats « .pdf » à : omedit-paca-corse@ars.sante.fr

Un accusé de réception sera systématiquement adressé aux porteurs de projet.

Les candidatures devront parvenir à l'ARS au plus tard le 28 octobre 2025 – 12h00.

Au-delà de cette échéance, les dossiers reçus ne seront pas examinés.

Toute demande d'information complémentaire est à adresser à : omedit-paca-corse@ars.sante.fr

Contenu du dossier de candidature

Dans son dossier de candidature, le GHT devra :

- Décrire son projet et les actions déjà engagées et prévues en lien avec les objectifs prédéfinis
- Préciser les établissements impliqués, le périmètre géographique d'intervention et la planification temporelle de l'activité
- Préciser les critères et les modalités de repérage et/ou d'adressage des patients
- Préciser le nombre prévisionnel de patients bénéficiant du dispositif tel que défini dans cet AAP sur l'année 2025 et 2026, en précisant la période exacte et la proportion de patients âgés de plus de 65 ans
- Le nom et coordonnées des personnes référentes et impliquées dans le projet, ainsi que les compétences/spécialités du/des médecins et pharmaciens cliniciens et des autres professionnels de santé
- Fournir une évaluation financière pour la maîtrise d'œuvre du projet et une évaluation médico-économique mettant en balance les dépenses (ressources humaines, ressources matérielles...) et les recettes attendues (GHS d'HDJ plein ou intermédiaire...)
- Décrire les modalités de participation, de concertation et d'information des médecins traitants et des pharmaciens (ayant sollicité l'établissement et/ou destinataires des recommandations - par ex : RCP, plateforme e-santé, solution logicielle spécifique)
- Décrire les modalités de communication envisagées pour optimiser l'adressage des patients vers le CEPPIM tant en intra-hospitalier qu'en extra-hospitalier.

Indicateurs du projet

L'établissement devra s'engager au suivi des indicateurs suivants :

1. Indicateurs d'activité

- Nombre de patients ayant bénéficiés du dispositif CEPPIM
- Nombre de patients de plus de 65 ans ayant bénéficié du dispositif CEPPIM
- Nombre de concertations pluridisciplinaire hôpital-ville (incluant le médecin traitant, et le pharmacien d'officine *a minima*)
- Pourcentage de patients
 - Repérés et adressés en intra-hospitalier
 - Adressés en intra-GHT
 - Adressés par des professionnels libéraux (Médecins/ pharmaciens d'officine, ...)
 - Adressés par des structures médicaux-sociales (Ex : EHPAD)

2. Indicateurs de satisfaction

- Synthèse annuelle des questionnaires de satisfaction adressés aux patients (et/ou de leurs aidants) et aux professionnels de santé

3. Indicateurs de résultats

- Cartographie des motifs de consultation
- Cartographie des problèmes liés à la thérapeutique et des interventions pharmaceutiques proposés (codification Act-IP)
- Taux d'adaptation directe des prescriptions
- Taux d'acceptation des modifications thérapeutiques proposées aux professionnels