



COMMISSION REGIONALE ARS/OMEDIT

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA PERSONNE AGEES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Jeudi 6 avril 2023

PROGRAMME REUNION

- I. Cadrage régional de la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée dans le parcours (PAPRAPS)
- II. Orientations et actions en cours ARS Nouvelle-Aquitaine
- III. Actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie chez la Personne âgée
- IV. Actions d'accompagnement de l'OMEDIT
- V. Retour d'expérience actions de l'Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité – CHU Bordeaux S. Mosnier-Thoumas

COMPOSITION COMMISSION

- Représentants des professionnels de santé : établissements de santé, EHPAD, professionnels de ville médecins, pharmaciens, IDE
- OMEDIT
- Représentants de l'ARS
- Représentants de l'Assurance Maladie
- + élargissement aux autres professionnels susceptibles d'être sollicités en fonction des sujets abordés



CADRAGE REGIONAL DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LA PERSONNE AGEE DANS LE PARCOURS



Antoine Brouillaud, coordonnateur OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane

AXE PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Priorité régionale inscrite dans le **Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2022-2026** de la région Nouvelle-Aquitaine



Cadrage qui propose :

- la réalisation d'un **DIAGNOSTIC ET SUIVI RÉGIONAL** tous secteurs confondus : partage des données de prescriptions sous l'égide de l'**IRAPS**, identification des constats et des objectifs communs, dans une approche d'expertise et de concertation ;
- et la mise en œuvre d'un **PROGRAMME D'ACTIONS** rattaché, visant à agir positivement sur la qualité de vie des patients, améliorer le parcours de soins, favoriser une bonne observance et lutter notamment contre la iatrogénie médicamenteuse et des dispositifs médicaux.

PERSPECTIVES PAPRAPS 2022 – 2026

Avis favorable le 13 et 21 mars IRAPS/CRCA respectivement

- ✓ Renouveler/créer une **nouvelle COMMISSION régionale** avec la reprise des instances suspendues en raison de la crise sanitaire ; expertise et appui pour concourir à la pertinence des prescriptions des produits de santé et promouvoir le bon usage chez la personne âgée et la baisse des médicaments inappropriés
- ✓ **Elaborer un diagnostic et un suivi régional** : consolider une méthodologie d'analyse, se doter des données infrarégionales et suivre les évolutions dans le temps (*partage des données/pratiques, suivi des enjeux de sécurité, qualité, pertinence et élaboration des constats partagés en ES/EHPAD/Ville*)

RAPPEL RECENSEMENT ACTIONS / LEVIERS HISTORIQUES

Extrait PAPRAPS Axe prévention de la iatrogénie chez la PA

- ✓ l'élaboration et la diffusion de **guides et outils de sensibilisation ou communication à la prévention de la iatrogénie de la personne âgée incluant notamment la liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée,**
- ✓ les actions lors de la **semaine de sécurité des patients** (chaque année en novembre) en partenariat avec les représentants des associations des patients,
- ✓ les actions de **formation** à l'attention des professionnels de santé (sanitaire et médico-social) : **conciliation médicamenteuse, pertinence des prescriptions et antibiothérapies chez la personne âgée notamment,**
- ✓ L'expérimentation « PAERPA » (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et du programme national TSN (Territoire de Santé Numérique) XL ENS Landes avec notamment l'appui à la promotion des outils de coordination (PAACO Globule) et l'appui de l'OMEDIT NA pour le renforcement de la conciliation médicamenteuse,
- ✓ Les actions d'**accompagnement en EHPAD** en vue d'optimiser les organisations et de favoriser l'approche pluriprofessionnelle de la prise en charge médicamenteuse (OMEDIT-ARS),
- ✓ **l'accompagnement historique de l'Assurance Maladie en EHPAD** sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée – accent sur le bon usage des ATB en 2022-2023
- ✓ Les **actions ciblés de l'Assurance Maladie en ville.**
- ✓

OBJECTIFS

Extrait PAPRAPS Axe prévention de la iatrogénie chez la PA

- ✓ **Fédérer davantage les professionnels** du secteur sanitaire, médico-social et de la Ville (notamment dans le cadre du déploiement des CPTS), de façon décloisonnée, **sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée**, avec une **coordination renforcée** dans une logique de parcours de soins global (contexte d'acteurs et de structures multiples) et le **déploiement des outils numériques**

- ✓ Assurer la **réévaluation régulière des traitements, et la dé-prescription de médicaments inappropriés chez la personne âgée**, avec notamment la mise à profit :
 - des actions de **pharmacie clinique** en établissement de santé (conciliation médicamenteuse entrée/sortie, réévaluation pluriprofessionnelle des traitements) ;

 - des actions de **réévaluation pluriprofessionnelle des traitements en ville** (implication du médecin traitant et du pharmacien d'officine) et dans le **secteur médico-social notamment en EHPAD** (mobilisation pluriprofessionnelle autour d'une politique du médicament incluant la pertinence des prescriptions) ;

 - des actions de **communication et de formations** sur le bon usage et la pertinence des prescriptions

QUELQUES PISTES DE TRAVAIL NOUVELLES

- ✓ Suivre et accompagner le **déploiement du nouveau CAQES 2022-2024 (indicateur régional Prévention de la iatrogénie et réduction des MIPA)** ; contrat pour les ES désormais non obligatoire, levier incitatif visant le rayonnement des bonnes pratiques dans une dimension transversale Hôpital - Ville - EHPAD (promotion des activités de pharmacie clinique, évaluation des pratiques avec mise à disposition d'outil d'audit régional, suivi des actions ciblées).
- ✓ Poursuivre et coordonner les **campagnes d'accompagnement et de contrôle** – ARS / OMEDIT - ANAP – Assurance Maladie – en EHPAD
- ✓ Analyser la **situation régionale sur les polyprescriptions chez la personne âgée** (Nombre/lignes de médicaments au sein de la population âgée de plus de 75 ans – focus sur médicaments inappropriés ciblés).
- ✓ Promouvoir **l'appropriation de la liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée**
- ✓ Identifier / optimiser les travaux transposables des projets en cours dans le cadre de **l'Appel à projet prévention de la iatrogénie et PHEV** : travaux sur la dépendance iatrogène (perte de capacité fonctionnelle que vont présenter les personnes âgées à la suite de cette hospitalisation) – suivi des patients arrivés par chute aux urgences (à titre d'exemple).

ORIENTATIONS ET ACTIONS EN COURS ARS NOUVELLE-AQUITAINE

Eléonore Tron, Médecin référent Grand Age Pôle Handicap et Vieillesse - DPSA
Julie Azard, Pharmacien responsable adjoint du pôle produits de santé, pharmacie, biologie – DOS
Marcela Arnaud-Fredes, Référent produits de santé - DOS

ELEMENTS DE CONTEXTE

1 hospitalisation sur 10 est causée par un accident médicamenteux iatrogène
2 fois plus d'accidents iatrogènes chez les personnes de plus de 65 ans
70 % des résidents en EHPAD seraient concernés par une prescription inutile

Des constats issus des inspections dans le cadre de l'ONIC mis en œuvre depuis plusieurs années :
Gouvernance, prise en charge, ressources, compétences,...

Des outils et recommandations développées par plusieurs régions

Des EI++ voire des EI graves

Sur les 256 déclarations entre mars 2017 et décembre 2019, 55% pour les plus de 60 ans*

*Rapport EIG HAS focus médicament – nov 2020

Réforme de l'évaluation médico-sociale (HAS) des critères impératifs sur la PECM

Volonté de l'ARS Nouvelle-Aquitaine de s'inscrire dans une démarche d'accompagnement

Qualité et la sécurité des prises en charge est un axe majeur du Schéma régional de santé (SRS 2018-2028)

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL DE SECURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN EHPAD

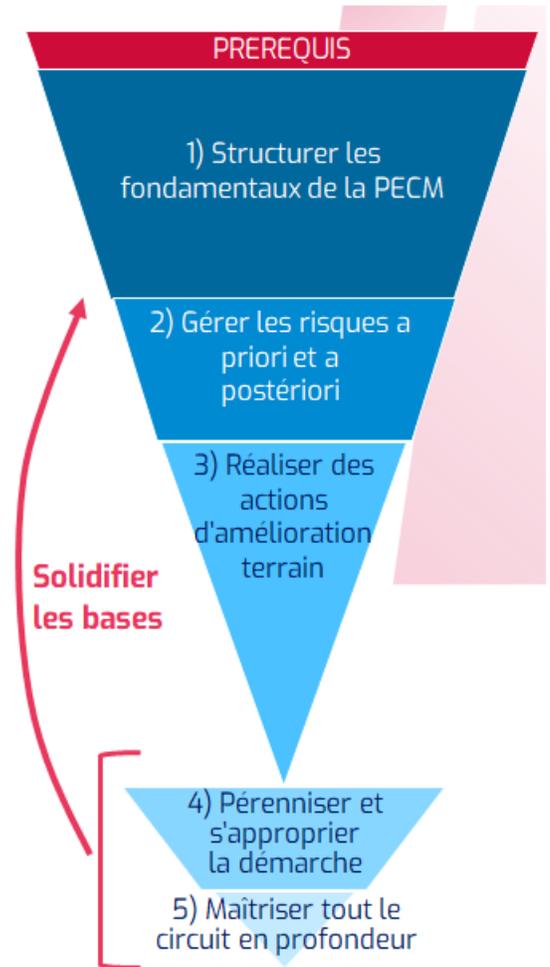
- Initiative nationale de l'ANAP en lien avec un GT constitué de plusieurs ARS et Omedit :ARS NA et OMEDIT NA ont contribué++
- ARS Nouvelle-Aquitaine parmi les premiers volontaires pour rentrer dans ce dispositif
- Pilotage DOS/DPSA avec l'appui de l'OMEDIT NA
- Conduite de projet par ANAP en lien avec un prestataire :ADOPALE
- Volonté d'accompagner le plus d'établissements (rappel : 950 EHPAD en NA)
- Accompagnement financier ARS via des crédits fléchés CNR
- Lancement fin 2022: **189 EHPAD** de Nouvelle Aquitaine

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL DE SECURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN EHPAD

- Critères de sélection : pour la première année **appel à volontaires**
- Objectifs : Cet accompagnement prévoit pour chaque EHPAD
 - un **état des lieux initial** permettant de connaître l'évaluation du risque et les besoins, associés à la PECM au sein de chaque établissement ;
 - la définition **d'un plan d'action** ;
 - son **déploiement** à travers la déclinaison de 20 actions incrémentales, concrètes et simples à mettre en œuvre
- Modalités :
 - Lancement du programme en novembre 2022 avec 4 vagues successives de 50 EHPAD en visioconférence
 - Fin de cette première vague fin 2023
 - Constitution de 18 groupes d'EHPAD avec une logique territoriale avec des ateliers en présentiel
 - Evaluation en fin d'année à partir d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL - METHODOLOGIE

- Un plan d'action **adaptable** aux niveaux hétérogènes des EHPAD
- Constitué de **20 actions incrémentales**, structurées en 5 grandes parties
- Avec d'abord des actions concrètes et basiques, permettant aux établissements d'atteindre un premier niveau de maîtrise
- Puis des actions demandant plus de maturité et assurant la pérennisation de la démarche
- Des actions à réaliser dans l'ordre, ce qui permet une montée en compétence progressive et une gestion de projet facilitée
- Un nombre restreint d'outils pertinents et simples pour chaque action



PLAN RÉGIONAL ANTI CHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

- Lancement du plan triennal antichute des personnes âgées le 21 février 2022 par le ministre des solidarités et de la santé et la ministre déléguée en charge de l'autonomie:
<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45293>
- Objectifs nationaux : d'ici 2024, la cible nationale est de réduire de 27 000 le nombre annuel de séjours hospitaliers pour chute et de 2 000 le nombre annuel de chutes mortelles.

Objectifs régionaux :

Décès dus à des chutes (données 2016)	Objectif de réduction de 20% en 3 ans (2024)
1 146	- 229

Séjours hospitaliers pour chutes (données 2020)	Objectif de réduction de 20% en 3 ans (2024)
17 658	- 3 532

FICHE ACTION SUR LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE POUVANT ÊTRE À L'ORIGINE DE CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Objectifs :

- Accompagner les établissements dans leur démarche d'identification et de gestion des risques;
- Promouvoir le document « liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée » afin de repérer les médicaments qui potentialisent le risque de chute.
- Promouvoir la « conciliation médicamenteuse » systématique chez la personne âgée, d'entrée et de sortie, et en particulier, en cas des patients arrivés en établissement de santé pour « chute ». Développer une approche de pharmacie clinique qui privilégie la déprescription des Médicaments inappropriés chez la Personne Agées (MIPA) ainsi que la détection d'omissions potentielles de traitement appropriés, en étroite coordination avec la ville

FICHE ACTION SUR LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE POUVANT ÊTRE À L'ORIGINE DE CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Description des actions :

- Communication et information sur la iatrogénie médicamenteuse
- Formations ciblées sur la iatrogénie chez les PA et le risque de chute
- Poursuivre le déploiement du programme d'accompagnement ANAP avec l'appui de l'OMEDIT NAG
- Poursuivre les actions relatives à la pertinence des prescriptions chez les sujets âgés
- Déployer l'expertise de la pharmacie clinique en Nouvelle Aquitaine

EXPÉRIMENTATION DE VACATIONS DE MÉDECINS CLINIENS

- Contexte : Feuille de route EHPAD USLD 2021-2023 → médicalisation des EHPAD
 - Augmentation des temps de médecins coordonnateurs
 - GT national sur les missions des médecins coordonnateurs et des IDE coordonnatrices
- Expérimentation mise en place depuis 3 ans en IDF
- Financement de vacations hebdomadaires de médecins cliniciens pour assurer le suivi des résidents sans médecin traitant
- Vacances ouvertes aux médecins coordonnateurs ou à des médecins extérieurs (retraités, libéraux, salariés)
- Coordination à faire avec le plan régional de l'Assurance Maladie relatif aux patients ALD sans médecin traitant

Nombre de résidents à suivre	ETP médecin nécessaire
10 à 15 résidents	0,10
16 à 21 résidents	0,15
22 à 29 résidents	0,20
30 à 42 résidents	0,30
43 à 56 résidents	0,40
57 à 70 résidents	0,50
71 à 84 résidents	0,60
85 à 98 résidents	0,70
99 à 112 résidents	0,80
113 à 126 résidents	0,90
127 à 140 résidents	1,00

ACTIONS RÉGIONALES SUR LE BON USAGE DES PRODUITS DE SANTÉ ET SUR LES ACTIONS DE PERTINENCE, SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

- Poursuite le **déploiement des outils SI** – et de la promotion de « mon espace santé » ou MS – Accompagnent OMEDIT-ESEA, pour la promotion du déploiement des stratégies de conciliation médicamenteuse ciblés au sein des établissements de santé (lien avec la contractualisation –AAP – autres projets connexes)
- « Plan régionale anti chute » : Collaboration envisagée sur le lien chute – effets iatrogènes, avec l'appui des établissements sous AAP régional.
- Programme d'actions infrarégionales envisagées au sein de l'ARS et de l'AM, afin de pallier l'absence des MT des nombreux patients : suivi des patients avec ALD sans MT – suivi des EHPAD sans MT (Plusieurs axes de travail et actions ciblés à venir).

AUTRES ORIENTATIONS EN COURS

- **Orientation national d'inspection contrôle sur la PECM en EHPAD** toujours en cours : programme national d'inspection
- **Pour les EHPAD avec PUI : démarche de réautorisation en cours** – phase 2 d'ici fin 2025
- **Renouvellement et l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens** des Établissements de Santé
- Le 1er mars 2023, un arrêté relatif au « renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur » a été publié au Journal Officiel. Le protocole-local de référence a été publié le 10 mars 2023 sur le site du ministère.
- A noter : Le modèle-type de protocole local a été publié le vendredi 10 mars sur [le site du Ministère de la Santé et de la Prévention.](#)

ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Docteur Omar Tarsissi, Médecin conseil chef, échelon local du service médical de la Vienne
Docteur Florence Martin, Pharmacien conseil, échelon local du service médical de la Vienne
Mélodie Naudin-Queyla, chargée de mission coordination régionale GDR

ACCOMPAGNEMENTS ET OUTILS DE L'ASSURANCE MALADIE

Accompagnement 2022  2023

Généralistes et cardiologues libéraux

Hypertension Artérielle chez la personne âgée : déprescription des antihypertenseurs d'action centrale

Médecins généralistes

Troubles du sommeil chez la personne âgée
Place des benzodiazépines

Médecins généralistes IPP

Médecins généralistes Antidépresseurs

EHPAD

Circuit du médicament
Prévention des infections

Outils conventionnels

Médecins ROSP

Pharmaciens d'officine Bilan de médication

LES ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX

Objectif et description

Les antihypertenseurs, parmi lesquels les **antihypertenseurs centraux** font partie des classes thérapeutiques responsables **d'accidents iatrogènes** en France

Cible

Médecins généralistes :

- Ayant au **moins 5 patients** «âgés de 65 ans et plus» auxquels ils ont prescrit **au moins un antihypertenseur central**
- Dont une **cible prioritaire** : au moins 5 patients de plus de 80 ans
 - ↳ 689 médecins généralistes ciblés

Cardiologues libéraux : consultés par un patient âgé de 65 ans et plus sous anti HTA central dans les 5 dernières années

↳ 370 cardiologues ciblés

Modalités

Campagne Nationale d'échanges confraternels chez les médecins généralistes
Campagne de sensibilisation des cardiologues (Webinaires)

HYPERTENSION ARTÉRIELLE chez la personne âgée : DÉPRESCRIPTION DES ANTIHYPERTENSEURS D'ACTION CENTRALE



Après avis de la HAS – 18/09/2019

LES ENJEUX : ÉVITER LES EFFETS IATROGÈNES DES ANTIHYPERTENSEURS CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS

L'hypertension artérielle (HTA) concerne plus de **70% des patients de plus de 65 ans**. Chez ces patients, les bénéfices d'un contrôle tensionnel doivent être régulièrement mis en regard des effets indésirables des antihypertenseurs, qui sont deux fois plus fréquents après 65 ans.

Un traitement, pris depuis longtemps et jusque-là parfaitement toléré, peut devenir iatrogène **en raison du vieillissement du patient** qui s'accompagne de modifications physiologiques ou de nouvelles pathologies. Ce risque est aggravé lors d'**épisodes aigus intercurrents** (déshydratation, fièvre, décompensation cardiaque...).

Parmi les effets indésirables des antihypertenseurs, **l'hypotension orthostatique (HO) est fréquente. Elle peut être responsable de chutes**¹. Les autres effets fréquents sont l'asthénie, les troubles métaboliques (hyponatrémie, hypokaliémie), l'insuffisance rénale, la sédation-somnolence, les syncopes induites par les bradycardies...

PATIENTS TRAITÉS PAR LES ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX²

150 000
patients âgés de
plus de 65 ans

dont
60 000
patients de
plus de 80 ans

Dans 80% des cas, il s'agit d'une prescription de rilmenidine (HYPERIUM[®]).

LES MÉDICAMENTS CONCERNÉS

Molécule	clonidine	moxonidine	rilmenidine	methyldopa
Nom commercial	CATAPRESSAN [®]	PHYSIOTENS [®] et ses génériques	HYPERIUM [®] et ses génériques	ALDOMET [®]

¹ Recommandations de bonnes pratiques HAS-Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées-Avril 2009

² Données du régime général d'assurance maladie obligatoire, 2018

PAROLE D'EXPERT



Pr. Jacques BLACHER
Professeur de
thérapeutique et
ancien Président de
la Société Française
d'Hypertension
Artérielle



Chez les patients hypertendus âgés et très âgés, le traitement pharmacologique a démontré une réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Les classes à privilégier sont les thiazidiques, les antagonistes calciques et les bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone. Toutes les autres classes, notamment les antihypertenseurs d'action centrale, peuvent être prescrites mais doivent représenter l'exception.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier de réévaluer régulièrement le rapport bénéfice-risque des différentes molécules chez les sujets âgés et très âgés.



DIAGNOSTIC DE L'HTA CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS

La mesure de la pression artérielle (PA) en dehors du cabinet médical est recommandée en cas de suspicion d'hypertension artérielle (HTA) légère à modérée, afin de confirmer l'HTA permanente. Cette mesure permet de repérer l'effet « blouse blanche » et d'éviter l'instauration d'un traitement médicamenteux inutile.

• **Devant une PA ≥ 140/90 mmHg persistante dans le temps¹, l'automesure tensionnelle permet de confirmer l'HTA (PA ≥ 135/85 mmHg) ou d'infirmer l'HTA (« effet blouse blanche »).**

• **Avis spécialisé recommandé si :**

- HTA sévère d'emblée. PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg avec symptômes cliniques de type insuffisance cardiaque ou rénale
- HTA avec hypokaliémie
- HTA secondaire
- Personne âgée fragile



SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA DU SUJET ÂGÉ

• **Ajuster les objectifs tensionnels chez le sujet âgé et fragile⁴ de plus de 80 ans, il est recommandé d'obtenir une PA systolique < 150 mmHg, (PAS diurne en AMT ou en MAPA < 145 mmHg) sans hypotension orthostatique.**

• **Instaurer des mesures hygiéno-diététiques - MHD - adaptées à l'âge du patient :**

- lutter contre la sédentarité et pratiquer une activité physique
- réduire la consommation d'alcool et de tabac
- éviter les aliments gras, sucrés et salés
- après 80 ans : pas de restriction sodée et privilégier une marche régulière.

• **Rechercher une hypotension orthostatique à chaque consultation**

• **Réévaluer régulièrement l'intérêt du traitement antihypertenseur**

• **Envisager une déprescription transitoire lors des épisodes intercurrents**

COMMENT REPÉRER L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE ?

L'hypotension orthostatique doit systématiquement être recherchée chez le patient âgé traité pour HTA. Elle est définie comme une chute d'au moins 20 mmHg de la PA systolique et/ou d'au moins 10 mmHg pour la PA diastolique après 1 à 3 minutes suivant le redressement de la position couchée ou assise à la position debout. Il est recommandé de répéter la manœuvre à chaque consultation chez le patient âgé traité par médicaments antihypertenseurs.

³ Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte hors grossesse. Fiche Mémo HAS/SFHTA - Septembre 2016

⁴ Buchner et al. Age Ageing 25 : 386-91, 1996

⁵ Avis de la commission de transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS) du 30 mai 2018 portant sur méthylodopa sesquihydraté (ALDOMET[®]) et du 27 juin 2018 sur clonidine (CATAPRESSAN[®]).

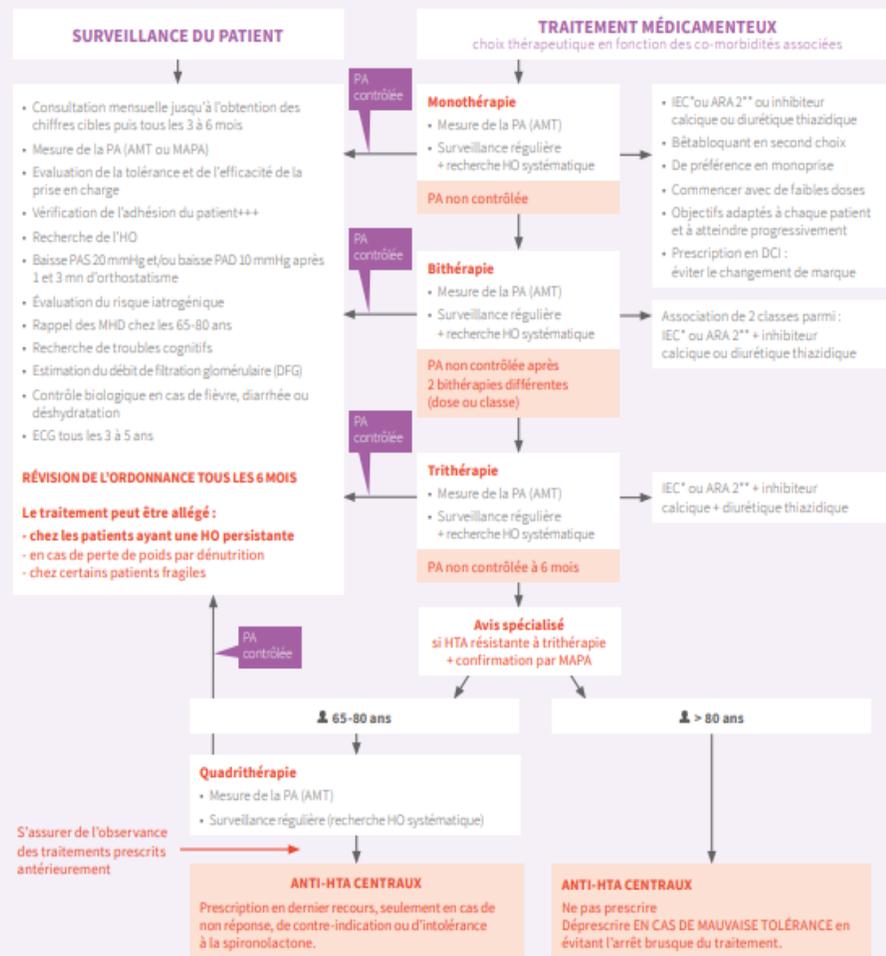


PLACE DES ANTIHYPERTENSEURS D'ACTION CENTRALE DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE L'HTA CHEZ LE PATIENT ÂGÉ DE PLUS DE 65 ANS



Les antihypertenseurs d'action centrale n'ont pas d'efficacité démontrée sur la morbi-mortalité cardiovasculaire. Leurs indications sont très restreintes chez les patients de tous âges³ :

- > **chez le patient de 65 à 80 ans** : uniquement en **dernier recours**, dans le cadre d'une **quadrithérapie**, en cas de **non réponse préalable, de contre-indication ou d'intolérance à la spironolactone**.
- > **chez le patient âgé de 80 ans et plus** : le recours aux antihypertenseurs centraux est exclu.



^{*} Inhibiteur de l'enzyme de conversion

^{**} Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2

LES IPP

Objectif et description

Lutter contre la **prise d'IPP au long cours non justifiée**, au regard de l'AMM et des recommandations de la HAS, chez les patients de plus de 65 ans afin de limiter le risque de survenue d'effets indésirables iatrogéniques.

Inciter à la **non prescription** ou la **dé prescription** lorsque le patient n'est pas dans une situation clinique d'indication à la prescription d'IPP.

Cible

Médecins généralistes ciblés (≥ 10 patients 65 ans et + sous IPP pendant au moins 6 mois consécutifs)
↳ 1780 médecins ciblés → 1636 médecins accompagnés par les DAM

Modalités

Campagne Nationale Visites DAM
Année 2022

**Les IPP, ce n'est pas pour l'éternité
La protection gastrique, c'est pas systématique
Les IPP hors AMM, ce doit être exceptionnel**



PRESCRIPTION D'INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS chez la personne de 65 ans et plus

Après validation HAS - 8 septembre 2022

LES ENJEUX : ÉVITER LE RENOUELEMENT SYSTÉMATIQUE DES PRESCRIPTIONS POUR PRÉVENIR LA IATROGÉNIE

Deux études françaises récentes montrent que les **prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** dans la population générale sont très fréquentes : 17 millions de personnes dont la moitié à plus de 65 ans.^{1,2}

Chez la personne âgée, une attention doit être portée à la bonne indication d'un IPP, à sa bonne posologie et à une durée adaptée de traitement, suivant les recommandations de la HAS³.

En effet, dans la population âgée :

- les IPP contribuent à la polymédication et donc au risque iatrogène. Leur association avec d'autres médicaments augmente les risques d'erreur de prise et de mauvaise observance. Il existe de nombreuses interactions avec d'autres médicaments (addition d'effets hyponatrémiants, diminution de la biodisponibilité des antifongiques par augmentation du pH...) Or, **dans 80% des cas, les patients âgés sous IPP au long cours ont plus de 7 lignes de traitement⁴.**
- les effets indésirables fréquents des IPP sont les troubles digestifs (douleurs abdominales, constipation, diarrhée, flatulences, nausées/vomissements...) et les céphalées. En cas d'utilisation prolongée, le principal risque important est la survenue d'infections intestinales.
- les effets indésirables graves des IPP sont rares mais préoccupants en raison du nombre important de personnes âgées traitées par ces médicaments.

1 600 000 patients âgés de 65 ans et plus ont été traités par IPP durant plus de 6 mois consécutifs en 2020* correspondant à un **montant annuel remboursé de 84 M€.**

* Données du régime général d'assurance maladie obligatoire

PAROLE D'EXPERT

Nathalie SALLES

Professeur des universités et praticien hospitalier en gastro-entérologie au CHU de Bordeaux



« Les inhibiteurs de la pompe à protons sont largement utilisés, de façon chronique, dans la population très âgée. Malgré des recommandations de bonnes pratiques éditées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2007, de nombreuses études ont révélé la **non-conformité des prescriptions d'IPP aux indications validées, posologies et durées recommandées.** Leur utilisation inappropriée concerne particulièrement les patients âgés, raison pour laquelle **il est capital d'optimiser les connaissances pharmacologiques, de réévaluer régulièrement les traitements en termes d'indication, efficacité et tolérance, mais également d'informer les patients de leurs effets indésirables.** »

¹ Lassalle, M., Le Tri, T., Barbot, M. et al. Use of proton pump inhibitors in adults in France: a nationwide drug utilization study. Eur J Clin Pharmacol 76, 449–457 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02804-1>

² Toppin, P., Riviere, S., Deutzsch, D., Gastaldi-Ménager, C., & Sabaté, J.-M. (2019). Burden of drug use for gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders in France: a national study using reimbursement data for 57 million inhabitants. Therapeutic Advances in Gastroenterology. <https://doi.org/10.1177/1756284819855790>

³ HAS - Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons - 16/09/2020 mis en ligne le 12/11/2020.

INDICATIONS LES PLUS FRÉQUENTES

Indications	Durée du traitement	Pantoprazole dose	Lansoprazole dose	Oméprazole dose	Esomeprazole dose	Rabéprazole dose
Reflux gastro-œsophagien sans œsophagite ¹	4 sem. puis à long terme si rechute	Demi-dose 20mg/j	Demi-dose 15mg/j OU Plaine dose 30mg/j si réponse insuffisante	Demi-dose 10mg/j OU Plaine dose 20mg/j si réponse insuffisante	Demi-dose 20mg/j	Demi-dose 10mg/j
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS ² chez les patients à risque	Durée du traitement par AINS	Demi-dose 20mg/j	Demi-dose 15mg/j	Demi-dose 10mg/j	Demi-dose 20mg/j	Pas d'AMM

¹ Les AMM en vigueur différencient les doses d'IPP selon la présence ou non d'une œsophagite. Néanmoins, en pratique courante et chez les patients incidents, une endoscopie n'est pas systématiquement justifiée ni réalisée. Aussi, et si l'endoscopie n'est pas réalisable rapidement, on peut instaurer un traitement par IPP à pleine dose pour une durée maximale de 4 semaines. Puis, si la poursuite du traitement est justifiée, la dose minimale efficace (demi-dose le plus souvent) doit être recherchée et pour la durée la plus courte possible.

² Anti-inflammatoire non stéroïdien.

PRESCRIPTION DES IPP

L'utilisation au long cours des IPP est restreinte aux indications suivantes :

Pour les UGD : Les situations cliniques justifiant un traitement au long cours sont rares en cas d'ulcères gastro-duodénaux : formes idiopathiques ; échec de l'éradication d'*H. pylori* ; syndrome de Zollinger-Ellison ; traitement au long cours par AINS chez les patients à risque de complications digestives hautes.

Pour le RGO : Les seules situations cliniques justifiant un traitement au long cours [dans le RGP] sont : RGO avec une œsophagite de grade C ou D selon la classification endoscopique de Los Angeles ; œsophage de Barrett ; RGO non érosif documenté et répondant aux IPP.

Les IPP sont injustifiés dans :

- la dyspepsie fonctionnelle (sauf si RGO associé) ;
- le soulagement des manifestations extradiigestives isolées sans RGO avéré.

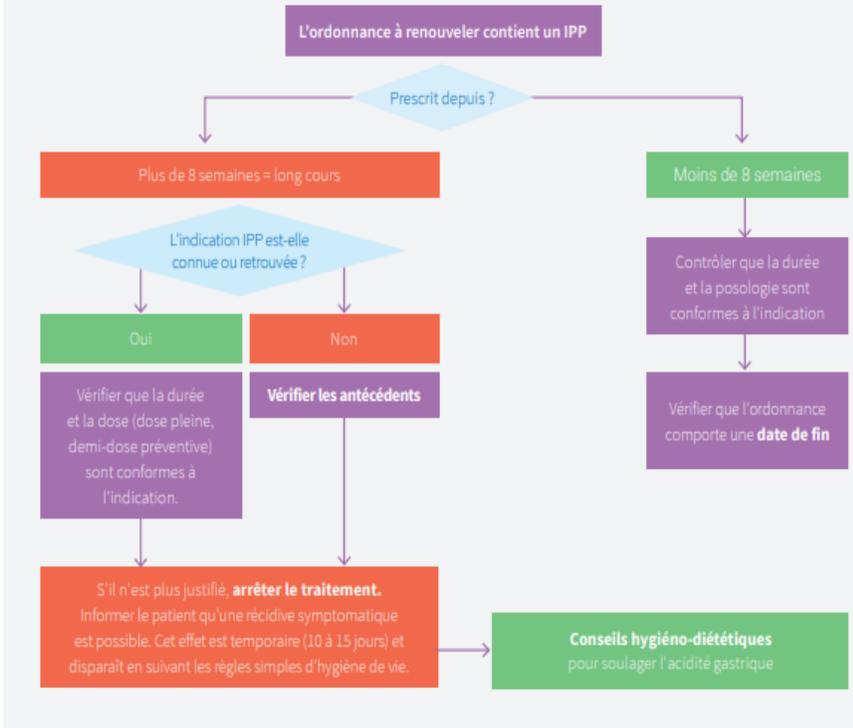
PRÉCAUTIONS LORS DE LA PRESCRIPTION

Dans tous les cas, il est nécessaire de :

- respecter les indications : faire preuve de prudence avant d'initier un traitement ;
- remettre en cause l'indication régulièrement, qu'il y ait ou non un événement intercurrent. Ce réflexe permet d'envisager une **déprescription** si nécessaire, en fonction de la situation ;
- respecter les durées de prescription ;
- privilégier la posologie la plus faible possible ;
- rester vigilant si des effets indésirables surviennent et veiller aux conséquences de la polymédication.

Interroger votre patient afin de voir s'il y a eu prise d'autres antiscrétroires gastriques (anti H2 et IPP) en automédication.

DÉMARCHE DE RENOUELEMENT DE LA PRESCRIPTION DES IPP



NÉCESSITÉ D'UNE RÉÉVALUATION RÉGULIÈRE DU TRAITEMENT

Selon la HAS⁵, un traitement au long cours par IPP est très rarement justifié. Il expose à un risque iatrogène lié à la polymédication, en particulier **chez les sujets âgés**. Toute prescription d'un IPP doit faire l'objet d'une réévaluation de son intérêt (efficacité, qualité de vie, recherche des effets indésirables et interactions médicamenteuses).

La prise en charge au long cours dépend de l'étiologie et de l'évolution de la symptomatologie.

TOUJOURS CONFIRMER L'INDICATION et/ou LA NÉCESSITÉ DE PROLONGER LE TRAITEMENT

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : PLACE DES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

Objectif et description

Réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines (**BZD**) et médicaments apparentés dans l'anxiété et l'insomnie, du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable, Favoriser le cas échéant la prescription de **BZD à demi-vie courte**
Eviter l'initiation et faciliter la dé prescription en privilégiant une approche non-médicamenteuse dans la prise en charge des troubles du sommeil chez la personne âgée

Contexte néo-aquitain en 2022, toutes benzodiazépines confondues :

- Un quart des consommateurs ont 75 ans et plus,
- Avec une consommation moyenne de plus de 12 boîtes par an
- Taux de recours chez les personnes âgées de 75 ans et plus = 37% (taux de recours en population générale – 15 ans et plus = 19%)

Cible

Ensemble des médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine

↳ 5758 médecins

Modalités

Campagne régionale par mailing généralisé et présentation en CPR et CPL
Année 2022



PRESCRIPTION ET DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES ET MÉDICAMENTS APPARENTÉS CHEZ LA PERSONNE DE PLUS DE 65 ANS POLYPATHOLOGIQUE OU DE PLUS DE 75 ANS

Mise à jour : 7 juin 2022

L'objectif de santé publique est de réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés dans l'anxiété et l'insomnie, du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable.

RESPECTER LES INDICATIONS ET ANTICIPER L'ARRÊT

Il est recommandé :

- d'expliquer au patient, dès l'instauration d'un traitement, la durée, les risques et les modalités d'arrêt du traitement du fait de ces risques ;
- de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt lors de toute demande de renouvellement du traitement ;
- de proposer, chez tout patient traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD ou de médicaments apparentés.

MESSAGES CLÉS POUR UN ARRÊT DES BZD ET APPARENTÉS

- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois.
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

credit photo : Freepik.com / jcomp

DÉMARCHE DU MÉDECIN TRAITANT EN AMBULATOIRE

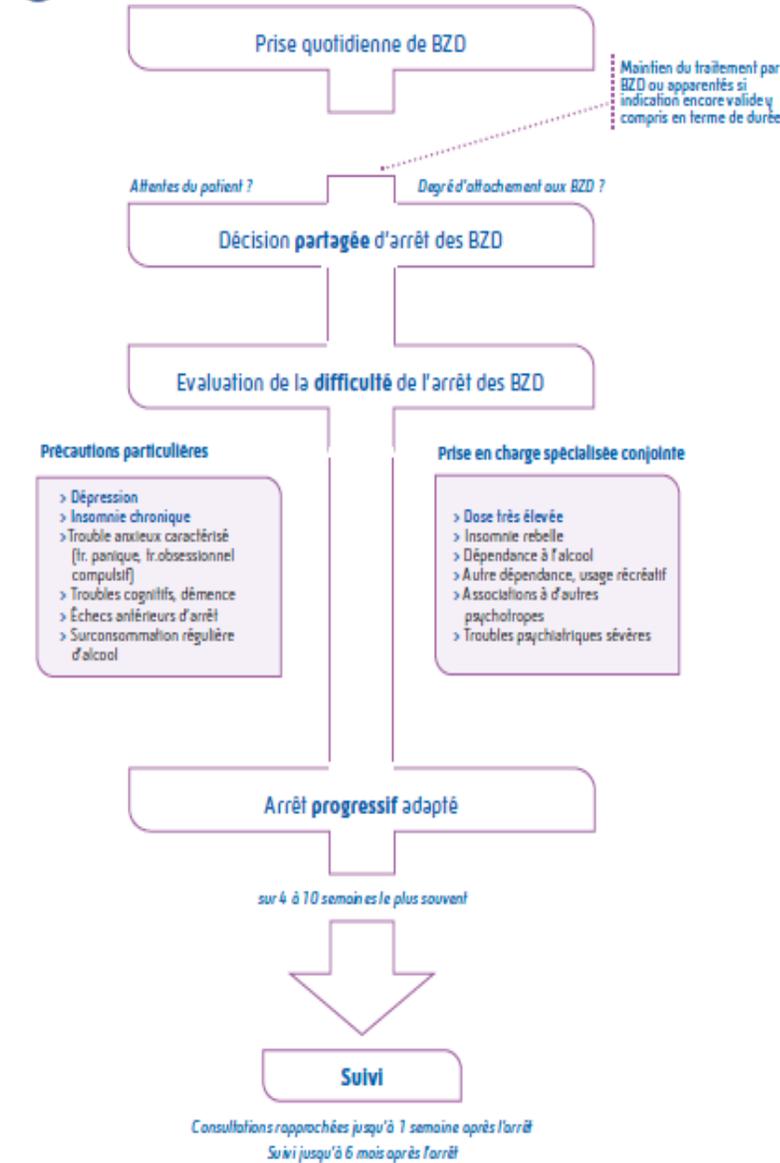


Schéma : Fiche Mémo - Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire - Haute Autorité de Santé, juin 2015

BENZODIAZÉPINES

Choix d'une benzodiazépine¹ dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans

Si un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour un patient donné, il est recommandé :

- d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique² ;
- d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées³.

➤ À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à « demi-vie courte » (< 20 heures)

1/2 vie courte	Nom commercial	Molécule	Demi-vie	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée maximale de prescription	Autres restrictions réglementaires
Hypnotique	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2h30mn	Non	4 semaines	Assimilé stupéfiant*
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5h	Non	4 semaines	Non
	NOXIBEN®	Eszopiclone	6h	Non	4 semaines	Non
	HAVLANE®	Loprazolam	8h	Non	4 semaines	Non
	Lormétazépam ARROW®	Lormétazépam	10h	Non	4 semaines	Non
Anxiolytique	VERATRAN®	Clofazépam	4h	Non	12 semaines	Non
	SERESTA®	Oxazépam	8h	Non	12 semaines	Non
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20h	Non	12 semaines	Non
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20h	Non	12 semaines	Non

⚠ À éviter : benzodiazépines à « demi-vie longue » (≥ 20 heures)

1/2 vie longue	Nom commercial	Molécule	Demi-vie	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée maximale de prescription	Autres restrictions réglementaires
Hypnotique	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48h	Non	4 semaines	Non
Anxiolytique	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20h	Non	12 semaines	Non
	URBANYL®	Clobazam	20h	Oui	12 semaines	Non
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47h	Oui	12 semaines	Non
	VICTAN®	Ethyle lofazépate	77h	Non	12 semaines	Non
	LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150h	Oui	12 semaines	Non
	TRANXENE® 5/10mg ou injectable	Clorazépate dipotassique	30 à 150h	Oui	12 semaines	Non
	TRANXENE® 20mg	Clorazépate dipotassique	30 à 150h	Oui	28 jours	Assimilé stupéfiant*

➤ À ne pas utiliser car hors AMM dans les indications troubles anxieux ou troubles du sommeil

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée maximale de prescription	Autres restrictions réglementaires
Anti-épileptique	BUCCOLAM®	Midazolam	1 à 4h	Non	12 semaines	Assimilé stupéfiant* Pi annuelle par spécialiste en neurologie ou en pédiatrie Hors AMM à partir de 18 ans
	RIVOTRIL®	Clonazépam	18 à 50h	Non	12 semaines	Assimilé stupéfiant* Pi annuelle par spécialiste en neurologie ou en pédiatrie

* Assimilé stupéfiant : ordonnance sécurisée, posologie et dosage en toutes lettres, interdiction de chevauchement (sauf mention contraire) ; et conservation de l'ordonnance 3 ans (sauf zolpidem).

¹ Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (agoristes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Fiche Mémo - Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire - Haute Autorité de Santé, juin 2015.

³ État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - avril 2017.

Votre sommeil après 50 ans



LES ÉVOLUTIONS DU SOMMEIL À PARTIR DE 50 ANS

Le temps total de sommeil la nuit est réduit.
La structure du sommeil évolue. Le délai d'endormissement est plus long.
Le besoin de sommeil se répartit différemment sur 24 heures.
Il existe une augmentation de la fréquence des siestes.

RECHERCHER LES CAUSES POSSIBLES D'ANXIÉTÉ ET DE TROUBLES DU SOMMEIL

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VOTRE SOMMEIL

Avec des mesures hygiéno-diététiques simples :

- Adopter des horaires de sommeil réguliers : s'endormir et se lever à heures fixes, week-end compris ; retarder l'heure du coucher ;
- Se reposer ou faire une courte sieste en début d'après-midi. Éviter les siestes de plus de 30 minutes ou trop tardives (après 16 heures) ;
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais pas dans les 4 heures précédant le coucher ;
- Éviter la caféine après 16 heures, l'alcool et le tabac le soir ;
- Éviter les repas trop copieux ou trop gras le soir ;
- Prendre un bain chaud 1 à 2 heures avant le coucher ;
- Reconnaître les signaux du sommeil (bâillements, yeux qui piquent). Si l'endormissement n'est pas survenu 15 minutes après le coucher, se relever et aller dans une pièce peu éclairée et réessayer après 20 minutes ;
- Éviter le bruit, la lumière (téléphone et télévision) et une température excessive dans la chambre à coucher (la température doit idéalement être inférieure à 18 degrés) ;
- Se lever et commencer la journée dès le réveil, même si celui-ci est très précoce ;
- Tenir un agenda du sommeil.

Avec d'autres méthodes :

- Apprentissage de méthodes de relaxation et de gestion du stress
- Psychothérapie

En cas d'insuffisance de ces mesures, seul votre médecin traitant est habilité à vous prescrire une thérapie médicamenteuse. Parlez-en avec lui.

AGENDA SOMMEIL - ÉVEIL

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Période observée du .../.../... au .../.../...

JOUR	SOMMEIL	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	QUALITÉ DU SOMMEIL	DATE DE PRÉV. RÉVEIL	REMARQUES
lun																							
mar																							
mer																							
jeu																							
ven																							
sam																							
dim																							
lun																							
mar																							
mer																							
jeu																							
ven																							
sam																							
dim																							
lun																							
mar																							
mer																							
jeu																							
ven																							
sam																							
dim																							

COMMENT BIEN COMPLÉTER VOTRE AGENDA DE SOMMEIL ?

- Grisez les périodes de sommeil nocturne et diurne ;
- Remplissez votre agenda :
 - > **chaque matin** en fonction des souvenirs de votre nuit, évaluez la qualité de votre sommeil de **1** (très insatisfaisant) à **10** (très satisfaisant) ;
(inutile de regarder votre montre pendant la nuit cela perturberait davantage votre sommeil ! L'agenda n'est pas un outil de précision.)
 - > **chaque soir** pour noter la qualité de votre éveil durant la journée de **1** (très insatisfaisant) à **10** (très satisfaisant) ;
- Tenez cet agenda sur l'ensemble de la période d'observation de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

Objectif et description

LES ANTIDÉPRESSEURS

Accompagner les médecins généralistes dans le **diagnostic** et la **prise en charge** de cette pathologie, particulièrement sur :

- la **non-optimisation** de la prescription d'antidépresseurs du fait d'une durée de traitement trop courte chez la personne âgée,
- la prescription **non pertinente**,
- la nécessité d'une **réévaluation** régulière.

Contexte néo-aquitain en 2022, tous antidépresseurs confondus :

- Près d'un quart des consommateurs ont 75 ans et plus,
- Avec une consommation moyenne de plus de 12 boîtes par an
- Taux de recours chez les personnes âgées de 75 ans et plus = 24 % (*Taux de recours en population générale, +15 ans = 11%*)

Cible

Médecins généralistes avec prescription d'antidépresseur(s) chez au moins 5 patients dans la cible et moins de 12 mois

→ 344 médecins généralistes ciblés

Modalités

Echanges confraternels par les médecins conseils auprès des médecins généralistes ciblés
Mailing auprès des psychiatres libéraux pour les informer de la campagne
Campagne nationale fin 2022 début 2023

ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

Spécificités chez la personne âgée de 65 à 75 ans

Après avis de la HAS - 6 janvier 2022

L'ENJEU : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

La dépression est un **problème de santé majeur** notamment chez les patients âgés de 65 à 75 ans, avec plus de 1 million de patients ayant reçu une prescription en 2019¹.

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé sur une année est de 5,5% (en augmentation depuis 2010)². Pour autant, ce dernier est **insuffisamment diagnostiqué**³. 40%⁴ des cas de dépression ne seraient pas détectés en médecine de premier recours.

La qualité de la prise en charge de la dépression (adhésion et nature des traitements mis en œuvre) ainsi que de ses complications, est déterminante pour le pronostic du trouble dépressif caractérisé (rechute, récurrence, chronicité) et s'inscrit dans la prévention globale du risque suicidaire⁵.

PAROLE D'EXPERT



Pr Antoine PELISSOLO,
CHU Henri-Mondor
(Créteil)

La dépression est une maladie fréquente, pourvoyeuse de souffrances et de complications pour le patient et son entourage.

Des traitements efficaces sont aujourd'hui disponibles, psychologiques et médicamenteux.

L'objectif doit être d'améliorer le dépistage de ces états souvent vécus dans la honte ou le déni, et exprimés par des plaintes somatiques. Ils sont parfois aussi banalisés derrière les effets de l'âge ou du contexte.

Chaque médecin peut jouer alors un rôle essentiel pour identifier les signes de la dépression et entamer le dialogue pour accompagner le patient vers le rétablissement.



DIAGNOSTIC DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

Chez le patient âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan⁶.

Un épisode dépressif caractérisé peut **augurer ou être secondaire à une maladie neuro-dégénérative** (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.).

Tout épisode dépressif caractérisé comporte un risque suicidaire élevé.



SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ÂGÉ

> Durée du traitement

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un EDC soit d'**au moins 1 an après la rémission, à la dose efficace**, car il existe un risque élevé de rechute en cas d'arrêt trop précoce.

> Surveillance étroite

Les effets indésirables médicamenteux peuvent apparaître dès l'instauration du traitement (sédation, troubles digestifs). **Une attention particulière doit être portée au risque d'hyponatémie pouvant induire une confusion, de syndrome sérotoninergique (tremblements, tachycardie, confusion), de chutes et d'allongement du QT.**

> Information du patient pour une meilleure adhésion au traitement.

> Réévaluation régulière du traitement (effets bénéfiques et indésirables) nécessaire au long cours.

> Choix de l'antidépresseur⁷

- En cas d'épisode dépressif caractérisé (EDC) modéré ou sévère, en raison de leur **meilleure tolérance**, il est recommandé de prescrire en **première intention un ISRS, un IRSN**, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs » à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine.
- Les **imipraminiques ou tricycliques sont indiqués très rarement** (échec aux autres traitements antidépresseurs, dépression résistante, mélancolique ou sévère ou traitement antérieur satisfaisant par imipraminiques).
- **Un traitement concomitant par benzodiazépine** (ou apparentés) peut être justifié en début de traitement antidépresseur, en option de court terme, seulement pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes.



CONSEILS AUX PATIENTS

- ✓ **S'assurer de l'adhésion du patient** à son traitement et des prises quotidiennes ;
- ✓ **Respecter le rythme nyctéméral** ;
- ✓ **Avoir une alimentation suffisante** pour ne pas aggraver la fatigue ;
- ✓ **Éviter la consommation d'alcool** et autres substances toxiques ;
- ✓ **Pratiquer une activité physique régulière** ;
- ✓ **Entretenir des liens amicaux**, familiaux et sociaux pour lutter contre l'isolement ;
- ✓ **Poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.**



QUAND PRESCRIRE UN ANTIDÉPRESSEUR ?

ÉTAPE 1 : CARACTÉRISATION DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF

Symptômes d'un EDC		À prendre en compte également	
Symptômes principaux :	Autres symptômes :	Signes d'appel	Contexte de vie
<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive ; • Perte d'intérêt, abattement ; • Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentration et attention réduite ; • Diminution de l'estime et de la confiance en soi ; • Sentiment de culpabilité et d'inutilité ; • Perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; • Idées et comportement suicidaires ; • Troubles du sommeil ; • Perte d'appétit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaintes somatiques, anxiété, insomnie, anorexie, irritabilité, changement de comportement, difficultés de concentration... • Antécédents et durée minimale des symptômes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'un proche, isolement, entrée récente en EHPAD... • Co-morbidités • Douleur, AVC, handicap, cancer, diabète, Alzheimer

EDC => INTENSITÉ LÉGÈRE

2 symptômes principaux + au moins 2 autres symptômes Seul traitement possible : la psychothérapie. Évaluation du risque suicidaire*

EDC => INTENSITÉ MODÉRÉE

2 symptômes principaux et 3 à 4 autres symptômes

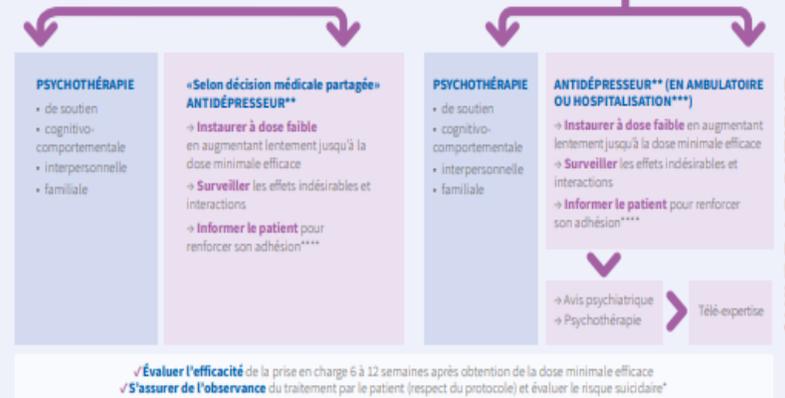
Évaluation du risque suicidaire*

EDC => INTENSITÉ SÉVÈRE

3 symptômes principaux et au moins 4 autres symptômes

Évaluation du risque suicidaire*

ÉTAPE 2 : STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE



ÉTAPE 3 : ÉVALUATION ET STRATÉGIE À MOYEN ET LONG TERME

REMISSION COMPLÈTE

S'assurer de l'observance****
Poursuivre la psychothérapie

ÉCHEC

→ Arrêter le traitement progressivement et de manière programmée :

- Après 12 mois au moins pour 1^{er} et 2^e EDC
- Après 24 mois au moins pour 3^e EDC

→ Augmenter la posologie ou changer d'antidépresseur

- **Évaluer le patient** 6 à 12 semaines après obtention de la dose minimale efficace
- **Veiller à la durée du traitement de 12 mois au moins après rémission**
- **Réévaluer diagnostic** et prise en charge avec un psychiatre
- **Envisager hospitalisation*****

SUIVRE LE PATIENT

ACCOMPAGNEMENT DES EHPAD

Objectif et description

Deux thématiques de prévention en santé publique :

- La sécurisation du circuit du médicament
- La prévention des infections et de l'antibiorésistance

Liste des EHPAD ciblés
en concertation avec
l'ARS

Cible

Ensemble des **EHPAD sans PUI** ciblés sur 2 indicateurs pour chaque département en comparaison avec la moyenne nationale :

- Sélection par la **polymédication** (+10 molécules/mois)
- Sélection sur la **consommation d'Antibiotiques** (ATB)

↳ 85 EHPAD ciblés en Nouvelle-Aquitaine

Modalités

Visites par les pharmaciens conseils, médecins conseils, référents établissements des caisses auprès des établissements ciblés (direction, médecin coordonnateur, IDEC, pharmacies d'officine ...)

Campagne nationale 2023, complétée par un mémo régional « infections urinaires chez la personne âgée »

SÉCURISER LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS !



ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

La règle des 5B

par la Haute Autorité de santé



Bon RÉSIDENT

Contrôle de l'identité du patient

Nom, prénom, date de naissance, photo, poids

Bon MÉDICAMENT

Contrôle du médicament

Nom en clair de la spécialité

Bonne DOSE

Contrôle de la posologie

Dose, concentration ou dilution

Bonne VOIE

Contrôle de la voie d'administration

Voie indiquée et concordante avec la forme galénique

Bon MOMENT

Contrôle de l'administration

Heure de prise, fréquence



Ce document a été élaboré en collaboration avec Santé publique France, la mission PRANO du réseau de prévention des infections associées aux soins (RIPAS) et le réseau des centres régionaux en antibiothérapie (CAREB).

GRIPPE & VACCINATION BOOSTER L'IMMUNITÉ POUR PRÉVENIR L'INFECTION

La grippe est une infection respiratoire qui peut entraîner des complications graves chez les personnes à risque, telles qu'une pneumonie ou l'aggravation d'une maladie chronique déjà existante. Contre de nombreuses maladies, la vaccination est la meilleure prévention.

Vaccination RÉSIDENT

Vaccination PROFESSIONNEL

Se vacciner, pourquoi ?

- Éviter la transmission aux résidents, mais aussi à son entourage,
- Se protéger et protéger les autres,
- Limiter le risque de complications en cas d'infection,
- Stimuler le système immunitaire,
- Éviter d'être considéré comme un porteur de virus pendant une semaine.



<https://recrutement.in.seneca.fr/la-vaccination-en-cours-de-la-rie>

Qu'il s'agisse de santé humaine ou animale, la prévention des infections est au premier plan pour que les antibiotiques restent efficaces : toute infection évitée est un antibiotique préservé !

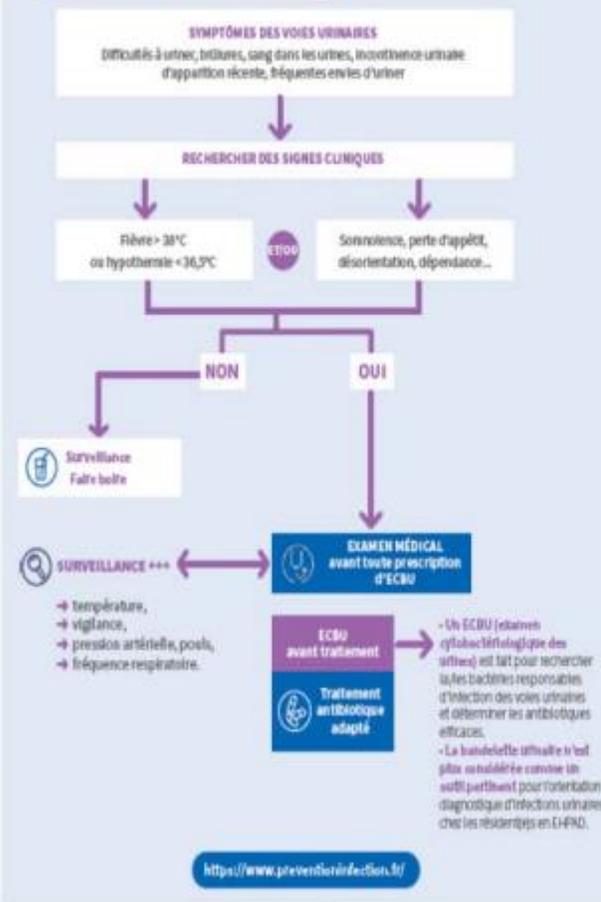


Docteure Anne BERGER-CARBONNE,
Santé publique France

INFECTIONS URINAIRES FAIRE BOIRE LES RÉSIDENTS ET SURVEILLER LA FONCTION URINAIRE

La personne âgée a les mêmes besoins hydriques qu'un sujet jeune (minimum 1,5L / jour). En revanche, elle a une sensation de soif plus tardive.

COMMENT REPÉRER DES INFECTIONS URINAIRES ?



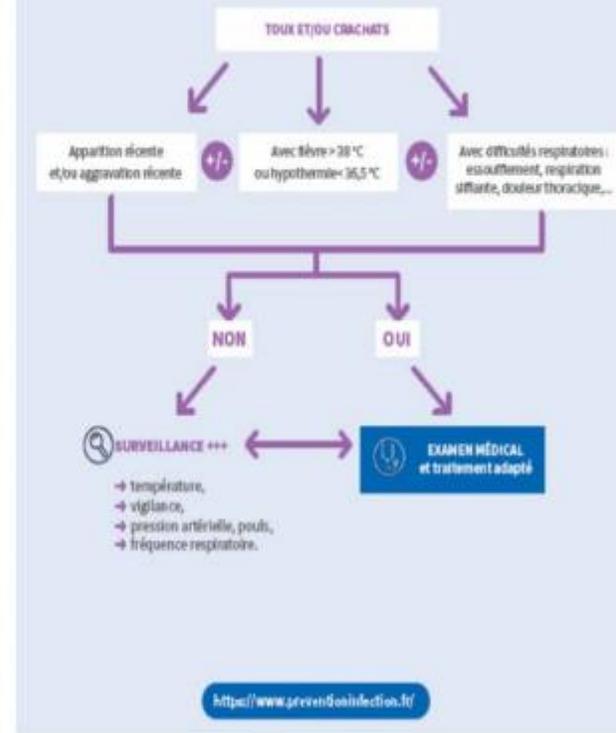
INFECTIONS RESPIRATOIRES PRÉVENIR LES FAUSSES ROUTES ALIMENTAIRES

Les fausses routes alimentaires peuvent entraîner des infections respiratoires (pneumopathies d'inhalation). Une fausse route correspond au passage anormal d'un aliment depuis la bouche dans les voies aériennes.

POUR PRÉVENIR LES FAUSSES ROUTES :

- Proposer le repas dans un endroit calme et sans contrainte de temps trop stricte.
- Installer la personne dans une posture droite - assise ou semi-assise, mettre des coussins derrière le dos si besoin,
- Maintenir la tête inclinée vers l'avant : ne pas laisser la tête aller en arrière, se placer plus bas qu'elle en cas d'aide pour le repas,
- Adapter la consistance des aliments en cas de trouble de la déglutition : proposer une alimentation fluide, mouillée.

COMMENT REPÉRER DES INFECTIONS RESPIRATOIRES ?



INFECTIONS CUTANÉES FAVORISER LES MOBILISATIONS, UNE BONNE HYGIÈNE CORPORELLE ET SURVEILLER LA PEAU

Le risque de lésions cutanées et de surinfection est important chez le résident âgé.

QU'EST-CE QU'UNE ESCARTE ?

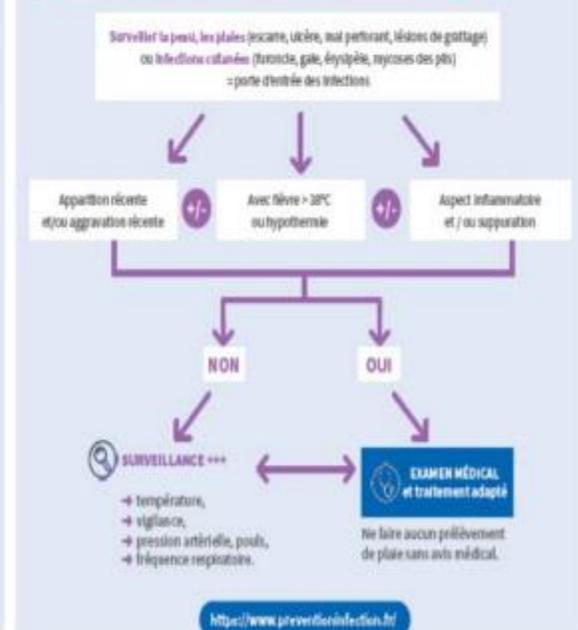
Les escames sont des lésions qui apparaissent sur la peau lors d'un contact prolongé avec une surface dure. Pour prévenir les escames :

- Garder une peau propre et sèche pour éviter les macérations.
- Surveiller régulièrement les points d'appui (talon, coude, sacrum, hanche).
- Veiller à une alimentation équilibrée et des boissons abondantes.
- Renforcer une activité physique et une mobilisation régulière du corps et des membres.
- Utiliser une literie adaptée.

QU'EST-CE QUE L'IMPÉTIGÉ ?

C'est une infection grave due à une bactérie. Il y a une inflammation de la peau : une plaque rouge, douloureuse, chaude, apparaît le plus souvent au niveau d'une des jambes et partit sur le visage, accompagnée de fièvre.

COMMENT REPÉRER DES INFECTIONS CUTANÉES LORS DES SOINS D'HYGIÈNE ?



INFECTIONS URINAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE

RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF)

ACTUALISATION 2021



Mise à jour : 7 février 2023

L'âge >75 ans ou >65 ans chez une personne fragile constitue un facteur de risques de complication.

PRÉVENTION : CONSEILS PRATIQUES AUX PATIENTS POUR ÉVITER LES INFECTIONS URINAIRES ET LEURS RÉCIDIVES

- **Les boissons et l'alimentation** : boire beaucoup d'eau et de liquides non alcoolisés (≥ 1,5 litre par jour) ; et lutter contre la constipation (régime équilibré, voire laxatifs)
- **L'activité physique régulière** : marcher pour entretenir une bonne musculature périnéale et l'utilisation des toilettes.
- **Aux toilettes** : uriner dès que le besoin se fait ressentir, sans se retenir. Se laver les mains à l'eau et au savon après chaque passage aux toilettes.
- **La vie intime** : porter des sous-vêtements en coton ; si l'infection survient après les rapports sexuels, uriner tout de suite après chaque rapport.

DIAGNOSTIC

Complexe chez la personne âgée du fait d'une **symptomatologie souvent fruste ou atypique.**

- Signes cliniques :
- température ≥38.5°C ou hypothermie ≤36.5°C
 - dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie
 - tension sus-pubienne
 - incontinence urinaire récente
 - chute
 - somnolence, apparition ou aggravation d'une anorexie, désorientation, dépendance....

CONDUITE À TENIR



Il n'y a pas d'urgence à instaurer une antibiothérapie chez la personne âgée sans signe clinique franc et sans résultat bactériologique fiable (ECBU).



Pr Jean-Philippe JOSEPH
Professeur de Médecine générale,
Directeur du Département de Médecine générale, Université de Bordeaux

La durée de traitement antibiotique mentionnée est la **durée totale de traitement DTT** (incluant la durée du traitement probabiliste le cas échéant).

CYSTITE À RISQUE DE COMPLICATION DE LA FEMME ÂGÉE

EXAMEN

BU + ECBU pour identifier le traitement adapté

TRAITEMENT

Si les symptômes le permettent, le traitement sera dans l'idéal différé, permettant d'emblée de choisir la molécule la plus appropriée.

- Traitement probabiliste**
(si les symptômes ne permettent pas d'attendre l'ECBU avec adaptation secondaire systématique à l'antibiogramme)

1ÈRE INTENTION	2ÈME INTENTION
Nitrofurantoïne 100mg* 3 fois par jour sur 7 jours	Fosfomycine-trométamol 3g dose unique

*CI si Clairance créatinine <45 ml/min

- Traitement adapté à l'antibiogramme**
(si les symptômes permettent de surseoir au traitement probabiliste ou si ce dernier était inadapté)

1ÈRE INTENTION	2ÈME INTENTION	3ÈME INTENTION
Amoxicilline 1g** 3 fois par jour DTT = 7 jours	Pivmécillinam 400 mg ** 2 fois par jour DTT = 7 jours	Nitrofurantoïne 100mg* 3 fois/jour DTT = 7 jours

*CI si Clairance créatinine <45 ml/min » - **Si Clairance créatinine >30 ml/min

Mémo régional Assurance Maladie et CRAtb

PYÉLONÉPHRITE AIGÜE DE LA FEMME ÂGÉE

Nous ne traiterons pas les cas avec insuffisance rénale (l'hospitalisation étant recommandée). Une insuffisance rénale avec clairance créatinine <30 ml/min est un critère d'hospitalisation, de même que la présence d'une anomalie des voies urinaires, une immunodépression, un terrain jugé fragile ou de critères de gravité (PNA hyperalgique, précarité ou défaut d'observance, vomissements).

EXAMEN

BU + ECBU pour identifier le traitement adapté

TRAITEMENT

1 Traitement probabiliste

SANS PRISE DE FLUOROQUINOLONES DANS LES 6 DERNIERS MOIS	AVEC PRISE DE FLUOROQUINOLONES DANS LES 6 DERNIERS MOIS
Ciprofloxacine 500mg 2 fois/jour	Ceftriaxone IV/IM 1g 1 fois/j 2g 1 fois/j (si obésité IMC>30 ou signes de gravité)
Lévofloxacine 500mg 1 fois/jour	

2 Traitement de relais adapté à l'antibiogramme

La durée totale de traitement DTT est allongée à 10 jours dans cette situation.

1ÈRE INTENTION	2ÈME INTENTION	3ÈME INTENTION
Amoxicilline 1g 3 fois par jour DTT = 10 jours	Cotrimoxazole 800mg/160mg 2 fois/jour DTT = 10 jours	Amoxicilline/acide clavulanique 1g 3 fois/jour DTT = 10 jours

La présence d'une entérobactérie avec bêta lactamase à spectre étendu (E.BLSE) à l'ECBU justifie l'avis d'un infectiologue.

Pour les traitements de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} intention, consultez le site antibiocllic.com.

ANTIBIOCLIC.COM

OPTIMISEZ VOTRE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Outil indépendant d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, pour un bon usage des antibiotiques

À usage unique des **professionnels de santé**

Son contenu suit les **dernières recommandations** françaises en vigueur.

Le contenu du site ne se substitue pas à la responsabilité de prescription du médecin.

Support réalisé avec la collaboration du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

INFECTIONS URINAIRES (DONT PROSTATITES AIGÜES) DE L'HOMME ÂGÉ

Une insuffisance rénale avec Clairance créatinine <30 ml/min est un critère d'hospitalisation, de même que la présence d'une anomalie des voies urinaires, une immunodépression, un terrain jugé fragile, ou de critères de gravité (PNA hyperalgique, précarité ou défaut d'observance, vomissements)

EXAMEN

ECBU pour identifier le traitement adapté

TRAITEMENT

1 Traitement probabiliste 48/72h

Si fièvre et mauvaise tolérance des signes fonctionnels urinaires

SANS PRISE DE FLUOROQUINOLONES DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDENTS	AVEC PRISE DE FLUOROQUINOLONES DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDENTS
Ciprofloxacine 500mg 2 fois/jour	Ceftriaxone IV/IM 1g 1 fois/j 2g 1 fois/j (si obésité IMC>30 ou signes de gravité)
Lévofloxacine 500mg 1 fois/jour	

2 Traitement de relais adapté à l'antibiogramme

La durée totale de traitement DTT est allongée à 14 jours dans cette situation.

1ÈRE INTENTION	2ÈME INTENTION	3ÈME INTENTION
Ciprofloxacine 500mg 2 fois/jour DTT = 14 jours	Cotrimoxazole 800mg/160mg 2 fois/jour DTT = 14 jours	Ceftriaxone IV/IM/SC 1g 1 fois/j DTT = 14 jours
Lévofloxacine 500mg 1 fois/jour DTT = 14 jours		
Ofloxacine 200mg 2 fois/jour DTT = 14 jours		

La présence d'une entérobactérie avec bêta lactamase à spectre étendu (E.BLSE) à l'ECBU justifie l'avis d'un infectiologue.

Sources :

- SPILF - Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte. Actualisation 2017 (parution 07/2018)
- HAS - fiche mémo - Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme - juillet 2021
- HAS - fiche mémo - Pyélonéphrite aiguë de la femme- juillet 2021
- ANSM - Antibiotiques de la famille des quinolones et fluoroquinolones administrés par voie systémique ou inhalée : risque d'effets indésirables invalidants, durables et potentiellement irréversibles et restrictions d'utilisation - avril 2019
- Ressources pour la prévention des infections sur le site du CPIas Nouvelle-Aquitaine

BILAN DE MÉDICATION

Objectif et description

Bilan de médication = Accompagnement **pharmaceutique** des patients **âgés polymédiqués**

Le bilan partagé de médication (BPM) est un processus continu fondamental dans la **lutte contre la iatrogénie en coordination avec le médecin traitant** pour :

- évaluer l'observance et la tolérance du traitement ;
- identifier les interactions médicamenteuses ;
- vérifier les conditions de prise et le bon usage des médicaments.

Cible

Patients âgés de plus de 65 ans
Avec une ou plusieurs pathologies chroniques
Au moins 5 molécules prescrites pour 6 mois ou plus

Contexte néo-aquitain

- en 2022, 627 patients accompagnés, par 86 pharmaciens
- 159 patients accompagnés sur les deux premiers mois de l'année 2023

BILAN DE MÉDICATION

Outils à disposition

Etapas

Chaque étape dispose d'un formulaire type à renseigner ou de mémos :

1. Entretien de recueil d'informations	<p>Flyer patient : « Mieux vivre votre traitement »</p> <p>Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien</p> <p>Formulaire type pour le pharmacien</p> <p>Mémo patient : éléments pour le recueil d'information</p>
2. Analyse des traitements du patient → transmission des conclusions au médecin traitant	<p>Formulaire type pour le pharmacien</p> <p>Mémo pharmacien : stratégies efficaces pour améliorer l'observance thérapeutique d'un patient âgé</p>
3. Entretien conseil avec le patient → délivrance du plan d'accompagnement	<p>Formulaire type pour le pharmacien</p>
4. Entretiens de suivi d'observance	<p>Formulaire type pour le pharmacien</p>
5. Bilan des entretiens réalisés	<p>Formulaire type pour le pharmacien</p>



Vous avez plus de 65 ans ?
Vous souffrez d'une maladie chronique ?
Vous prenez plusieurs médicaments en même temps ?

**Mieux vivre votre traitement c'est
aussi l'affaire de votre pharmacien**

DEMANDEZ-LUI UN BILAN PARTAGÉ DE MÉDICAMENT

PLUS DE SÉCURITÉ UNE ÉCOUTE DES CONSEILS UN MEILLEUR SUIVI

VOTRE PHARMACIEN EST VOTRE ALLIÉ DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE MALADIE CHRONIQUE



6 patients sur 10
oublent parfois leur traitement



1 patient sur 3*
demande un accompagnement

* Source : Étude IMS Health – CRIP 2014 / Colloque Pharma Système Qualité 2016

Prendre tous vos médicaments et y penser au bon moment est difficile à gérer au quotidien ? Il vous arrive d'oublier une prise ? Vous ressentez parfois une gêne ou un inconfort après la prise de vos traitements ?

Votre pharmacien est un professionnel de santé spécialiste du médicament et formé pour vous accompagner dans le suivi de vos thérapies. Soucieux de votre bien-être, à votre écoute et tenu au secret professionnel, il peut jouer un rôle important dans la tolérance et l'observance de votre traitement. Le partage de l'information avec votre médecin lui permettra de vous proposer un suivi adapté.

N'hésitez pas à demander à votre pharmacien un **bilan partagé de médication**. En 2 à 3 entretiens seulement par an, votre pharmacien vous apportera :

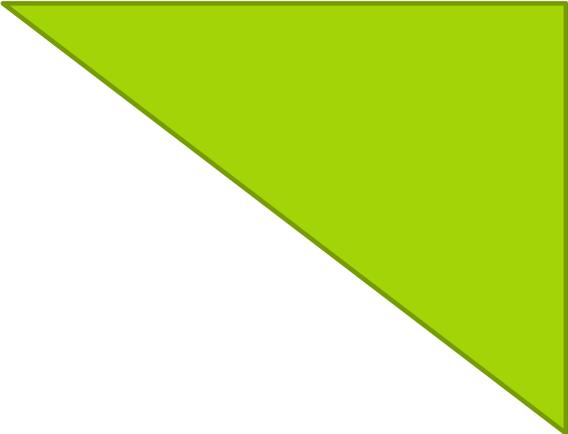
-  **Plus de sécurité pour votre santé, en collaboration avec votre médecin**
Comment mieux repérer les interactions entre plusieurs produits et leurs conséquences, les mauvais dosages ou utilisations...
-  **Une écoute et une analyse personnalisées de vos besoins**
Quel est votre ressenti par rapport à vos traitements ? Et par rapport à votre maladie ? Existe-t-il des contraintes particulières liées à votre mode de vie, votre emploi du temps ?
-  **Des conseils au quotidien**
Une aide pratique pour utiliser au mieux vos produits, repérer vos médicaments. Des astuces pour réduire les oublis...
-  **Un meilleur suivi de vos traitements**
Prenez-vous vos médicaments au bon moment ? Ressentez-vous des effets particuliers après les avoir pris ? Respectez-vous les contraintes de prise d'un médicament par rapport à un autre ?
-  **Une prise en charge complète par l'Assurance Maladie**
Aucune avance de frais pour vous ; le bilan est entièrement pris en charge par votre caisse d'assurance maladie.

IMAVIS LIFE 2018 - Fév 2018 - Océan photo: Stock

**Avec le bilan partagé de médication,
votre pharmacien vous aide à mieux prendre en main votre santé !**

Tous les outils sont disponibles sur Ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>



ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'OMEDIT



Antoine Brouillaud, coordonnateur OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane
Myriam Roudaut, coordonnateur adjoint OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane

LES MISSIONS DE L'OMEDIT « PARCOURS DE SOINS »



Décret n°2017-1483 du 18 octobre 2017 relatif aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (JO du 20 octobre 2017)



Appui à la contractualisation CAQES entre les ES/ ARS /AM



Expertise médico-économique, pertinence des stratégies thérapeutiques



Suivi et analyse des prescriptions, dispensations et utilisations des produits de santé dans le parcours



Participation aux travaux du Réseau Régional de Vigilances et d'Appui RRÉVA



Contribution à la gestion des Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)



Contribution à la lutte contre l'iatrogénie



Accompagnement des professionnels « qualité, sécurité, efficacité » (libéraux, sanitaires & médicosociaux)



Mise à disposition d'informations, de formations et d'outils (audits, e-learning, EPP, ...)



Promotion de la vaccination



ES
HAD
ESMS
VILLE



Animation de Groupes de travail avec les professionnels

I – CONTRIBUTION A LA CONTRACTUALISATION CAQES 2



1

Indicateur régional sur les médicaments inappropriés chez la personne âgée



26 ES en Nouvelle - Aquitaine



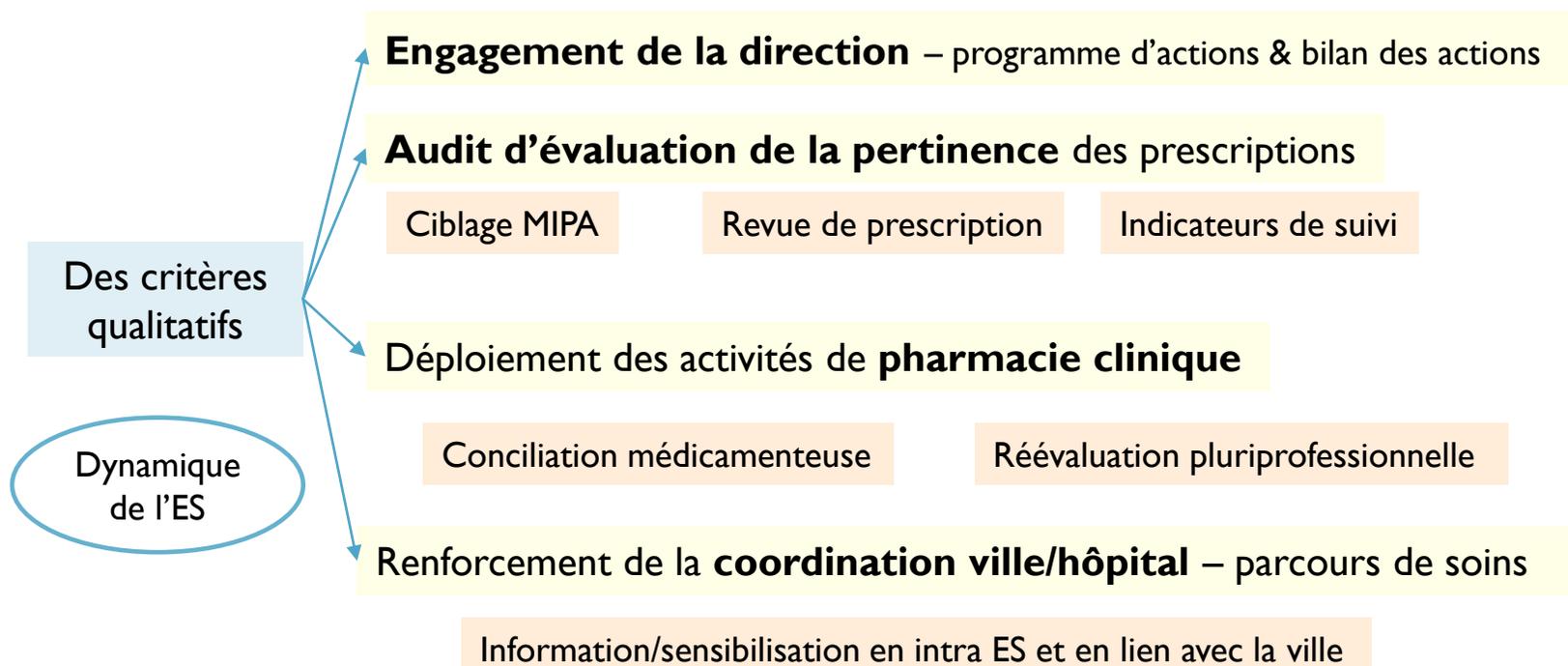
- ✓ Prévenir la iatrogénie médicaments en agissant sur la **prescription des MIPA**
- ✓ Promouvoir et renforcer la **collaboration pluriprofessionnelle** à travers la mise en œuvre de la **pharmacie clinique** et de la **coordination ville/hôpital**

1

Indicateur quantitatif – non scoré

Nombre de personnes âgées de **+ de 75 ans ou âgées de 65 à 75 ans et bénéficiaires d'une ALD** ayant été hospitalisées pendant au moins 2 nuits et ayant bénéficié d'une prescription comportant l'une des classes thérapeutiques suivantes en sortie d'hospitalisation et dans les 2 mois qui suivent :

- o **Benzodiazépine à demi-vie longue**
- o **Antihypertenseurs centraux**



II. CONTRIBUTION AUX ACTIONS AM/ARS

PAPRAPS – Axe Personnes Agées

Plan régionale anti chute - Fiche action sur la iatrogénie médicamenteuse

AAP PHEV – projets Personnes Agées

Programme ANAP EHPAD



GT RREVA – Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en ESSMS copilotage OMEDIT / ARS



- ✓ Promouvoir la **démarche** la **qualité** et la **sécurité** de la prise en charge médicamenteuse en médico-social
- ✓ Mettre à disposition des professionnels des **outils**
- ✓ Favoriser le **partage d'expérience** et l'**harmonisation** des **pratiques** au niveau régional

Capitalisation sur les travaux antérieurs en EHPAD et expression attentes et besoins des professionnels

COHERENCE DES ACTIONS EN REGION AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRE

III - MISE A DISPOSITION D'OUTILS DE BON USAGE ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION PERSONNES ÂGÉES



<https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/medicaments-chez-la-personne-agee>

REMEDIE[s]
Revue de prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les Seniors
REMEDIE[s] (Review of potentially inappropriate Medication prescribing in Seniors)

- ✓ Relais outils nationaux
- ✓ Fiches de bon usage
- ✓ Quizz

SFPC Liste nationale des médicaments concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules
Collaboration OMedit Normandie - Société Française de Pharmacie Clinique (Groupe Générique)
Mise à jour le 25 janvier 2023

Principe actif	Forme galénique	Classe ATC	Libellé ATC3	Libellé ATC4	Goût	Modalités de préparation	Source des modalités	Autre source	Méthode d'administration si médicament écrasé, ouvert ou défilé	Alternatives galéniques	Informations RCP, notice patient et Thériaque
PANCREATINE 10, 12,5 ; 25 et 40 kU (Creon, Eurobio)	Géluie GR	A09AA02	Digestifs, y compris les enzymes	Enzymes			RCP			Granulés GR	Peut être vidé dans un aliment acide semi-solide (compote, yaourt) ou liquide (jus de fruit, lait). Administration immédiate. Ne pas croquer ni garder en bouche le mélange.
PANTOPRAZOLE 20 et 40 mg (Euparitol, Inipomp, Ipraalox)	Comprimé GR	A02BC02	Médicaments pour ulcère peptidique et le reflux gastro-oesophagien	Inhibiteurs de la pompe à protons			RCP			Non	A prendre 1h avant les repas.
PARACÉTAMOL / CODEINE 300/25, 400/20, 400/25, 500/30 et 600/50 mg (Codolprane, Dafalgan codeine, Kipal codeine, Lindiane)	Comprimé sécable	N02BE51	Autres analgésiques et antipyrétiques	Anilides			RCP			Comprimés effervescents	
PARACÉTAMOL / CODEINE 500/30 mg (Codolprane)	Géluie	N02BE51	Opioides	Alcaloïdes naturels de l'opium			RCP			Comprimés effervescents	

Fiche mémo Traitement antihypertenseur chez la personne âgée avec comorbidités

Classe médicamenteuse à privilégier : 3 antihypertenseurs (diurétiques, bêta-bloquants, inhibiteurs calciques)

Classe médicamenteuse à éviter : 1) Diurétiques osmotiques, 2) Diurétiques de haute efficacité, 3) Diurétiques de faible efficacité, 4) Diurétiques à action prolongée.

Fiche mémo Prise en charge de la douleur nociceptive chez la personne âgée

Traitement non médicamenteux alternatifs ou adjuvants qui pourraient être proposés : acupuncture, hypnosis, physical activity.

Antalgiques de palier 1 : Paracétamol (1g x 3/j), NSAIDs (ibuprofen, naproxen, celecoxib), Opioids (morphine, tramadol).

Antalgiques de palier 2 : NSAIDs (diclofenac, etoricoxib), Opioids (fentanyl, buprenorphine).

Fiche mémo Réévaluation de la prise d'IPP chez la personne âgée

Stratégie d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée : éviter l'usage prolongé, privilégier le traitement par antacides ou par IPP à action courte.

Indications AMM : RGO et œsophage par reflux, Prévention des hémorragies gastro-intestinales dues aux AINS.

Situations HORS AMM non justifiées : Prévention des hémorragies gastro-intestinales dues aux AINS chez les patients âgés > 65 ans.

Fiche mémo La prévention des chutes d'origine médicamenteuse

Plus d'une personne âgée de plus de 75 ans sur trois tombe au moins une fois dans l'année.

Causes médicamenteuses : Polymédication (> 4 médicaments), Prise de psychotropes, Prise de médicaments cardio-vasculaires, Prise de médicaments hypoglycémisants.

Causes physiopathologiques du vieillissement : Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire, Raideur des membres inférieurs et/ou du rachis, Baisse de l'acuité visuelle, Syndrome dépressif, Déclin cognitif.

III - MISE A DISPOSITION D'OUTILS DE BON USAGE ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION PERSONNES ÂGÉES

Audits de pertinence

- ✓ Elaboration/validation en lien avec ARS/AM et experts de terrain (médecins/pharmaciens) – contexte contractualisation CAQES
- ✓ Trame excel avec restitution automatisée au regard des recommandations
- ✓ Remplissage pluriprofessionnel – soutien au déploiement des démarches de pharmacie clinique

Pertinence
Personne Âgée

Pertinence
Antibiotiques

Pertinence
Benzodiazépines

COMEDIT **AUDIT EVALUATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

PATIENT N°1

Données patient: Service/unité de soins du patient, Age (ans), Sexe, Date

Réévaluation de la pertinence des prescriptions chez la personne âgée

Les médicaments/situations potentiellement inappropriés sont ceux qui sont présents dans la prescription de patient

Revue de prescription	Indicateur de suivi					
Q1	Q1.1	Q2.2	Q3.3	Q2.4	Q3.1	Q3.2
Le MPI suit-il un processus ?	Si MPI existant, une proposition de modification (intervention médicale ou pharmacoéconomique) a-t-elle été réalisée ?	Type de modification de traitement proposée	Commentaires associés à la proposition de modification le cas échéant	Si MPI existant, mais absence de proposition de modification, une justification est présente dans le dossier médical ?	Proposition de modification acceptée ou refusée	Commentaires

Système cardiovasculaire

MPI.1: Un duratif de 1^{er} ligne en traitement de première intention d'une HTA essentielle ou pour OAB (type 3) ou insuffisance ventriculaire (furosemide, bumétanide)

MPI.2: Un diurétique et un anti-angotensin en association

MPI.3: Un diurétique ou un anti-angotensin en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA II ou III

MPI.4: Indication d'un traitement à action centrale (type MPI) en l'absence d'une indication ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs

MPI.5: Délais courts de longue durée d'action en dehors d'une insuffisance cardiaque symptomatique (surtout diurne, bupropion, meprobamate, paroxétine, zolpidem)

COMEDIT **ARS** **Assurance Maladie** **PIAS** **CRATB**

AUDIT EVALUATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTHERAPIE - Focus infections urinaires

CONFORMITÉ AUX RÉFÉRENTIELS NATIONAUX HAS ET SOCIÉTÉS SAVANTES (SPLIF)

SYNTHÈSE - TAUX DE CONFORMITÉ

Taux de conformité globale des prescriptions d'antibiothérapie aux référentiels nationaux HAS, sociétés savantes SPLIF: **NC**

INDICATION

Antibiotique: 0
Prophylaxie: 0
Dolore: 0

Part de prescriptions de sortie avec co-prescription de benzodiazépines anxiolytiques ou co-prescription de benzodiazépines sédatives

Non calculable | Limitation | Résultat à renseigner dans la grille d'évaluation CAQES

Part de prescriptions de sortie avec co-prescription de benzodiazépines anxiolytiques ou co-prescription de benzodiazépines sédatives/hypnotiques non justifiées

Non calculable | cible = 0% | Résultat à renseigner dans la grille d'évaluation CAQES

SYNTHÈSE - REEVALUATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Le terme «pertinence» fait référence à la fois à la pertinence des indications de l'ordonnance et à la pertinence des médicaments prescrits.

TOTAL	PAR PRESCRIPTION
Nombre TOTAL de médicaments, potentiellement inappropriés, ou situations non appropriées n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES	Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés par prescription n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES
Nombre TOTAL et taux de proposition de modifications acceptées n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES	Nombre TOTAL et taux de proposition de modifications acceptées n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES
Nombre TOTAL et taux de proposition de modifications acceptées n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES	Nombre TOTAL et taux de proposition de modifications acceptées n = 0 Révisé à la reprise et dans la grille d'évaluation CAQES

APRES REEVALUATION*

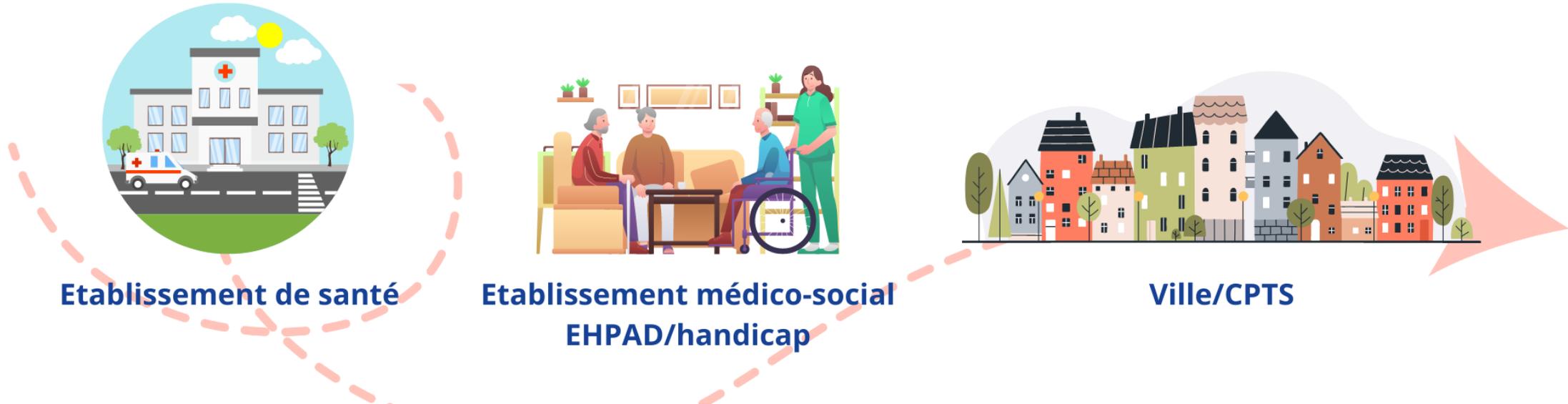
TOTAL: Nombre total de médicaments potentiellement inappropriés APRES réévaluation de la pertinence: n = 0

PAR PRESCRIPTION: Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés par prescription APRES réévaluation de la pertinence: NC

Détail par système

Système	MPI	Propositions de modification réalisées	Propositions de modification acceptées
Système cardiovasculaire	0	0	0
Antalgiques et anticonvulsifs	0	0	0
Système nerveux central et psych	0	0	0
Fonction rénale et prescriptions	0	0	0
Système digestif	0	0	0
Système respiratoire	0	0	0

IV - ACCOMPAGNEMENT SUR SITE – PARCOURS DE SOINS



- Accompagnement sur site et à distance sur l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé - secteur sanitaire (MCO, HAD, SSR/USLD, Dialyse), médico-social & ville intégrant :
 - Accompagnement à la démarche de **certification** et d'**évaluation externe**
 - Accompagnement au déploiement de la **pharmacie clinique**
- Contribution, en lien avec l'ARS au programme ANAP/EHPAD

V - ANIMATION DE FORMATIONS PLURIPROFESSIONNELLES

Pertinence PA

Antibiotiques

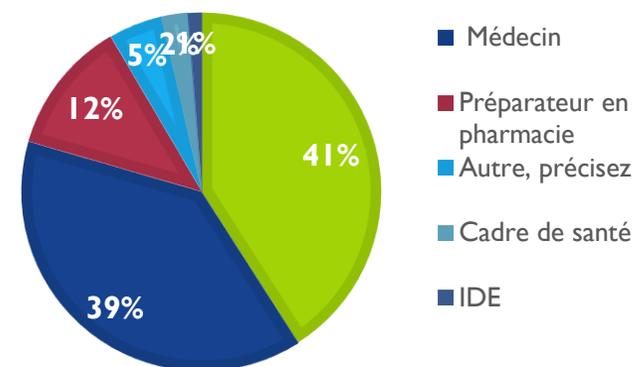
Pharmacie clinique

- Formation pluriprofessionnelle parcours de soins à destination des médecins/pharmaciens
- Co animée OMEDIT – experts (gériatre- pharmacien)
- 1 journée en présentiel
- Partie cognitive et cas cliniques interactifs sur les thématiques les plus courantes (pathologies/ médicaments) : diabète, HTA, douleur, insuffisance cardiaque, troubles de la déglutition, anticoagulants, psychotropes, IPP, anticholinergiques, ...

3 formations
fin 2022
début 2023

83 professionnels formés
10% ville (médecins/pharmaciens)

5 formations prévues en 2023 – Bordeaux - Limoges



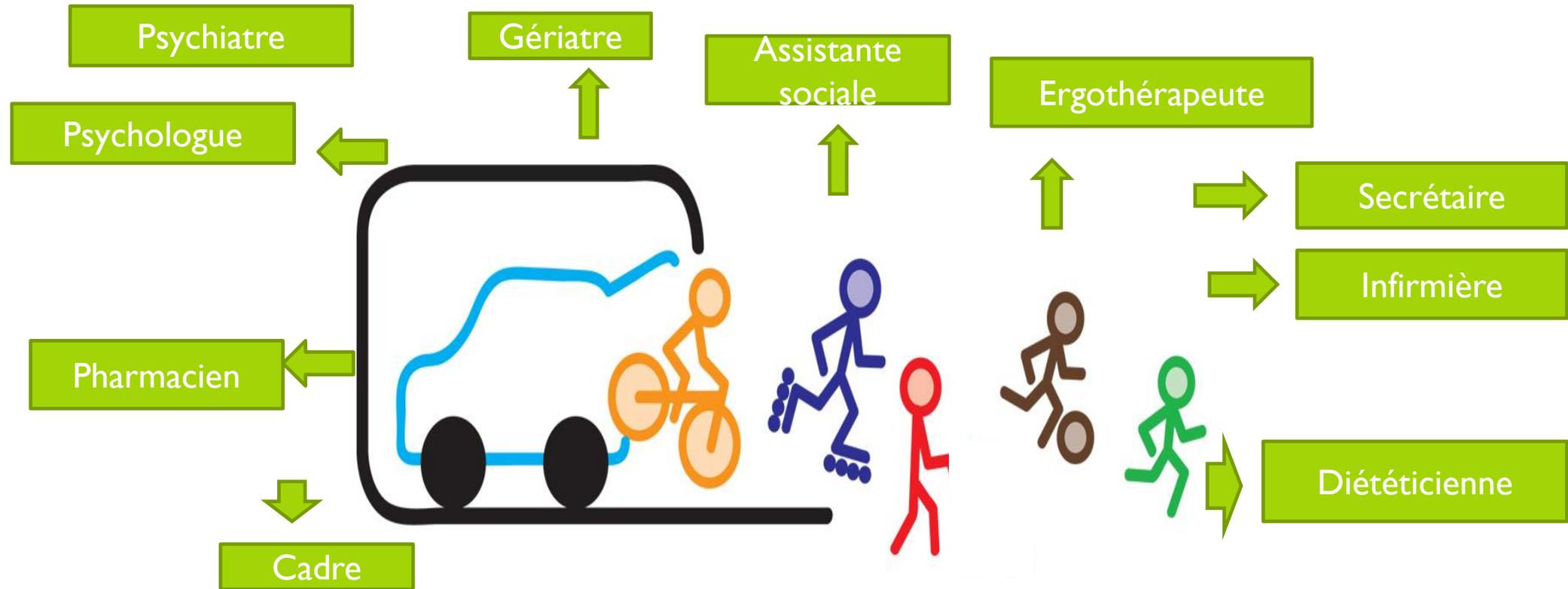


RETOUR D'EXPÉRIENCE ACTIONS DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE PLURI PROFESSIONNELLE DANS LA CITÉ



Stéphanie Mosnier-Thoumas, Pharmacien –
Marie-Neige Videau, Gériatre
Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité – CHU de Bordeaux

Composition des équipes mobiles de gériatrie



Equipe composée de professionnels pluridisciplinaires formés aux techniques d'évaluation gériatrique

Fonctionnement initial commun mais composition variable selon les équipes

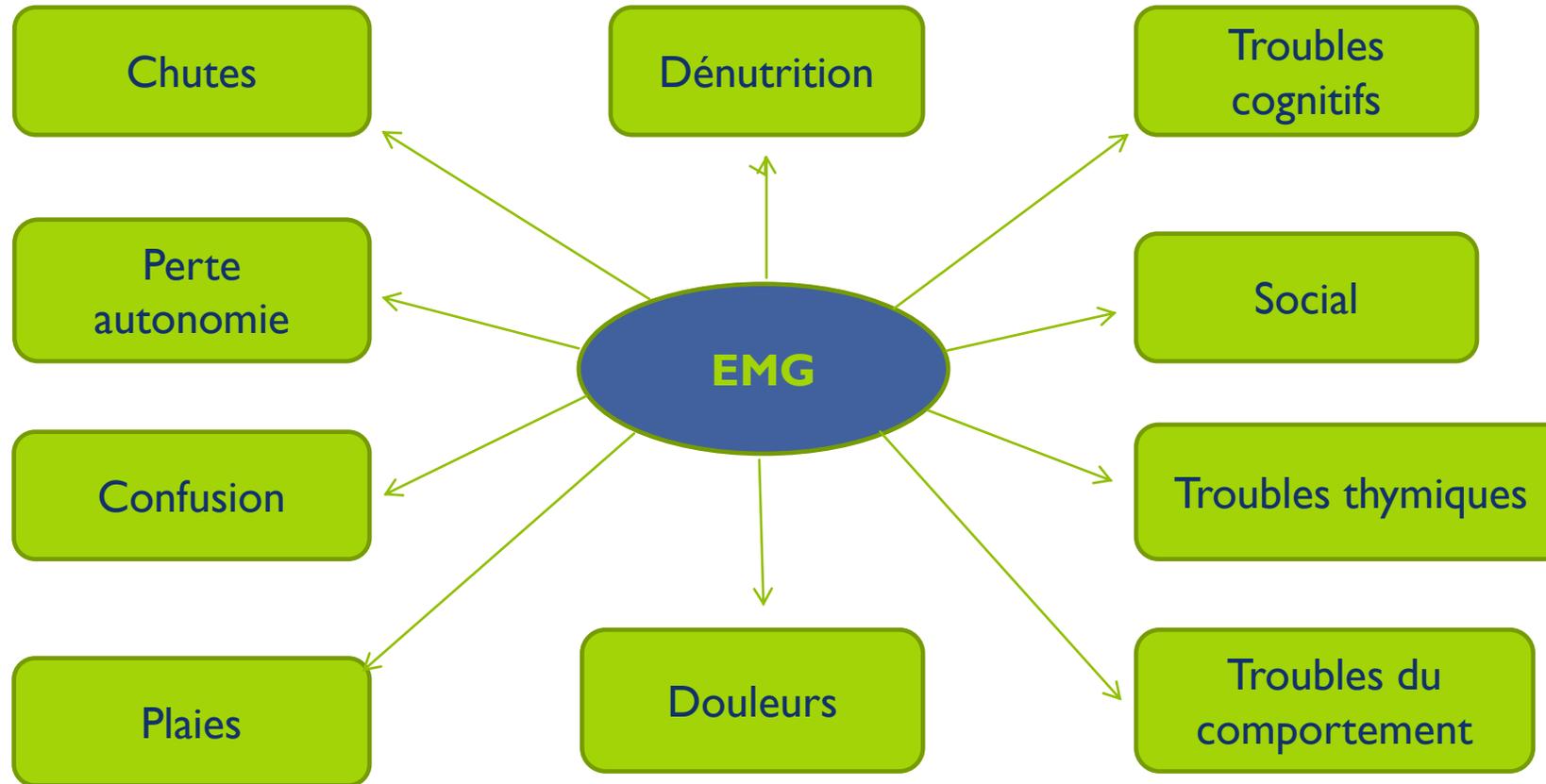
Missions des équipes mobiles de gériatrie

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho- sociale à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Contribuer à l'élaboration d'un projet de soins et de vie des patients gériatriques
- Orienter dans la filière de soins gériatriques
- Participer à l'organisation des sorties en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes

**Réduire l'incidence
des ré hospitalisations
précoces
(mois suivant la sortie)**

Avis consultatif à la demande des médecins

Motifs d'appel de l'EMG



Equipe mobile intra-hospitalière

- Intervention aux urgences dès l'entrée du patient âgé
 - Intervention dans les unités médico-chirurgicales
- ⇒ Intervention sur appel du service hospitalier

Equipe mobile extrahospitalière

- Médecin traitant, partenaires sociaux, des intervenants à domicile...

Prise en charge médicale du patient

- Sous la responsabilité du service ou du médecin traitant (l'EMG n'a pas un rôle prescripteur)



SAU Pellegrin
(Géiatre + IDE+ AS +AMA +/- ErgoT)



SAU Saint-André
(Géiatre + IDE+ AS + pharmacien + AMA +/- ErgoT)



Services de soins hospitaliers non gériatriques
(Géiatre + IDE + AMA +/- ErgoT)



Extra-hospitalière au domicile des personnes âgées
(Géiatre + IDE + AS + AMA+ Pharmacien + Psychiatre 1/2 + ergothérapeute 1/2)

- Interrogatoire et Examen clinique complet
- Comorbidités (CIRS G, indice de Charlson)
- Traitement
- Douleur
- Autonomie (Scores AVQ et AIVQ)
- Évaluation cognitive (MMSE, CAM , Dubois, Horloge)
- Évaluation Thymie (GDS sur 15 points)
- Evaluation comportement (NPI)
- Evaluation marche
 - “Timed up and Go” Test,appui unipodal
- Evaluation nutrition
 - MNA ,IMC
- Evaluation sensorielle
 - Vision, Audition
- Enquête sociale

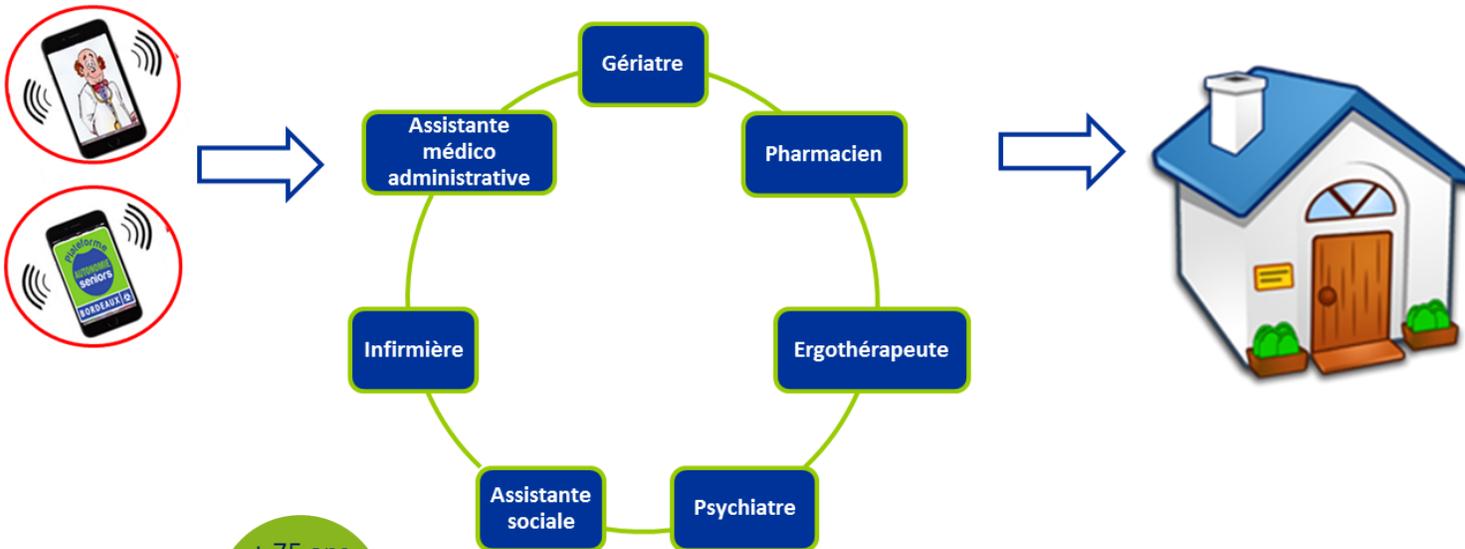


**Contact téléphonique
Médecin traitant, entourage, aidants**

Il s'agit d'une synthèse multidisciplinaire. Les préconisations doivent être courtes, précises et contenir les réponses posées par le service demandeur

- Hypothèses diagnostiques
- Propositions thérapeutiques
- Propositions d'orientation et élaboration du projet de vie avec recherche d'un consensus: aidants familiaux et professionnels
 - Aide à l'organisation du retour au domicile
 - Orientation dans la filière gériatrique (Cs, HDJ, Court séjour, SSR, PTa...)
 - Orientations institutionnelles (EHPAD, USLD...)
 - Mesures préventives (protection juridique, inscription préventive en EHPAD)
 - Transmission orale et écrite de la synthèse

EMG extrahospitalière = unité d'évaluation pluri professionnelle dans la cité



+ 75 ans
Ville de
Bordeaux

Objectifs du PAERPA (2016) (Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie)

- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation
- Faciliter la circulation d'informations entre les professionnels

- Avec des **problèmes gériatriques** : chutes, dénutrition, dépression, polymédication,
- Avec des **troubles cognitifs**: confusion, troubles du comportement, déclin cognitif,
- Avec des **problèmes sociaux** : isolement, ne pouvant ou ne voulant pas se déplacer, n'ayant pas de médecin traitant, en refus de soins



Objectifs de l'EMG extrahospitalière



- Développer un travail en pluridisciplinarité



- Faciliter le maintien au domicile et améliorer le parcours de soins des personnes âgées



- Eviter le passage aux urgences



- Améliorer la prise en charge médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie

- Activité de coordination ville-hôpital
- Régulation téléphonique
- Consultation de suivi
- Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

Une chute prévisible...

Mme A, 88 ans, vit avec son mari sans aide à domicile
1 fils présent



Assistante
médi-co
administrative

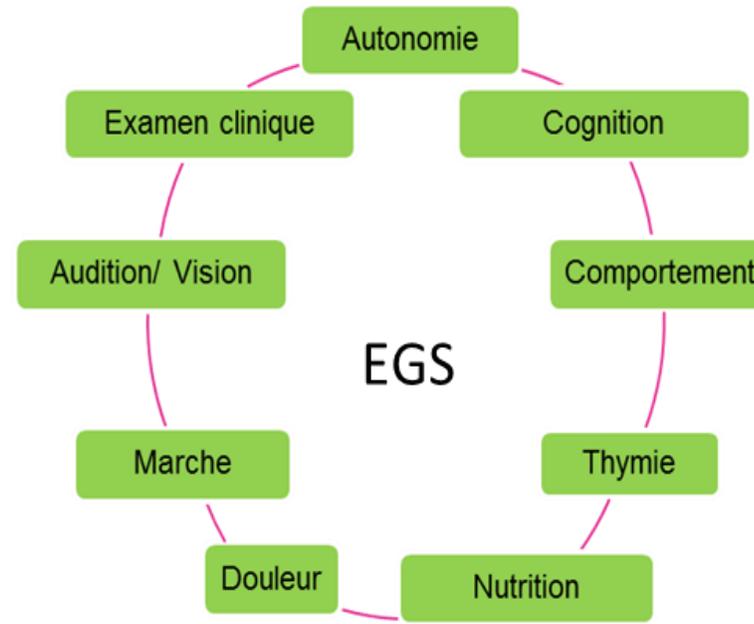
Gériatre

Infirmière

Assistante
sociale



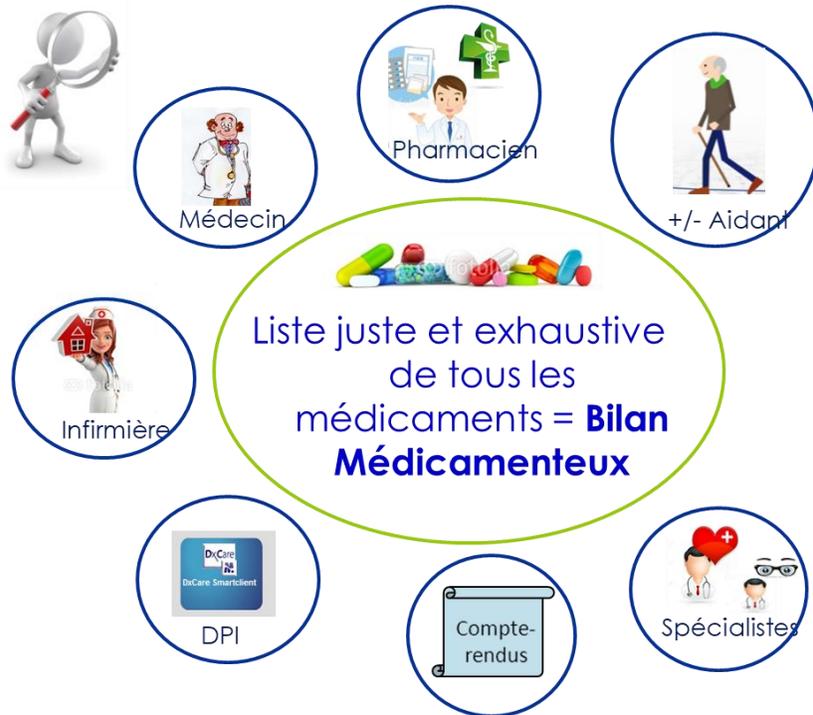
Demande d'intervention dans un
contexte de chutes à répétition



Pharmacien

1 / Conciliation médicamenteuse

En amont de la VAD...

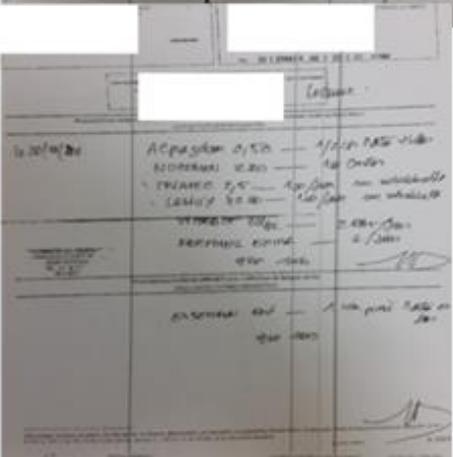
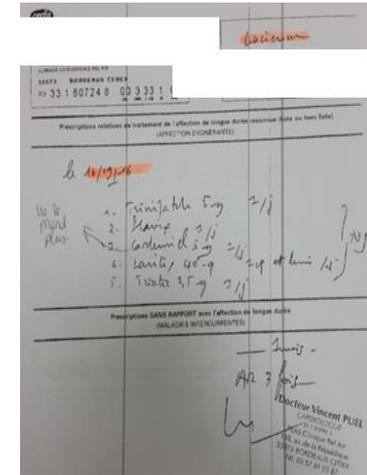
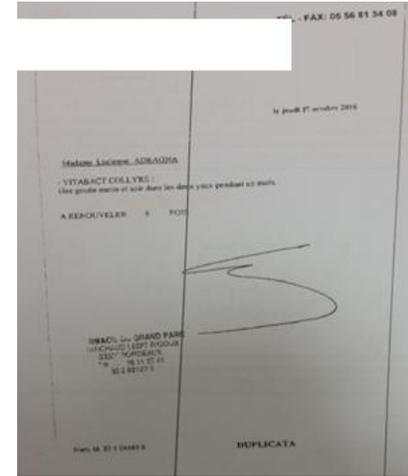
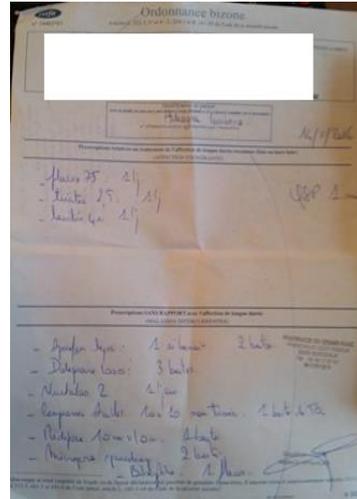
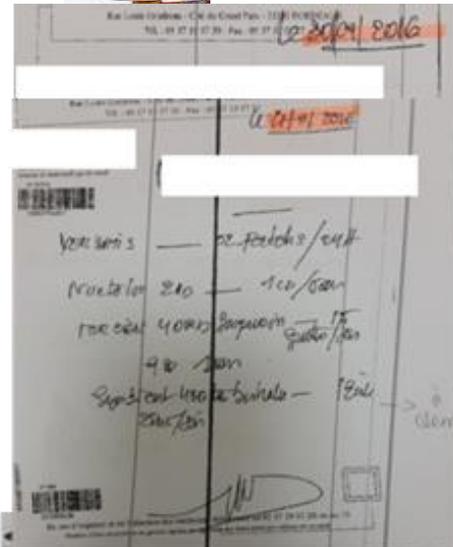


« Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (HAS)

**Continuité et sécurisation
de la prise en charge médicamenteuse
tout au long du parcours de soins du patient!**

Une chute prévisible...

Dans le cas de Mme A...



Multiplicité de prescripteurs

- ⇒ redondance de prescription
- ⇒ interactions médicamenteuses
- ⇒ risque majeur de confusion pour mme A



Multiplicité des pharmacies



Une chute prévisible...



EGS

Autonomie	ADL = 6 marche, toilette, continence, soins corporels, habillement, alimentation	IADL = 4 téléphone, repas, lessive, médicaments Interrogation sur l'observance?
Cognition	MMS = 24/30	Orientation = 9/10
Comportement	Calme et compliant	
Thymie	normale	
Nutrition	Score échelle MNA dépistage /14 : 6	Score échelle MNA Total /30 : 14
Douleur	EOC = 0/10	
Marche	Walking when Talking test : Arrête de marcher	Test unipodal = négatif
Audition	Affaiblie, nécessité de parler fort	
Vision	Troubles visuels ++	
TA	TA Couchée: 140/70	TA debout 1 min: 110/70 TA debout 3 min: 110/60

Et les médicaments au domicile ?



Mme A et ses médicaments au domicile ?

Médicaments ophtalmiques

Médicaments du système digestif

Médicaments du système cardio vasculaire

Médicaments système nerveux central

Médicaments système pulmonaire

Médicaments antalgiques

Antibiotiques

Surstockage

Princes et générique

Automédication

Génériques différents

Entretien spécifique médicament lors de l'EGS



Questionnaire « à propos de votre traitement »

- Connaissance
- Compétence à gérer
- Observance
- Automédication
- Tolérance



Une chute prévisible...

En aval de la VAD...

2/ Expertise pharmaceutique clinique donnant lieu à une revue médicamenteuse pluriprofessionnelle

Bilan médicamenteux



Réévaluation des traitements

Gériatre

Pharmacien

Critères explicites



- **Prescriptions médicamenteuses « sous-optimales »** selon les trois modalités : overuse, misuse, underuse
- **Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) :** liste STOPP and START, liste de Laroche, indicateurs pratique clinique AMI (programme PMSA)

Critères implicites = jugement clinique



Antécédents



Objectifs thérapeutiques



Résultats biologiques



Examen clinique



Questionnaire médicaments



Propositions d'optimisation thérapeutique

Une chute prévisible...

3/ Avis médico-pharmaceutiques transmis aux professionnels de santé en ville



Unité d'évaluation pluri professionnelle dans la cité
CHU de Bordeaux

Date d'évaluation à domicile :

FICHE DE PROPOSITION D'OPTIMISATION THERAPEUTIQUE

Patient :	Médecin traitant :	Pharmacie référente :
-----------	--------------------	-----------------------

Motif d'évaluation par l'équipe : Evaluation globale à la demande du médecin traitant de Mme MARCHI, Dr

Proposition d'optimisation thérapeutique

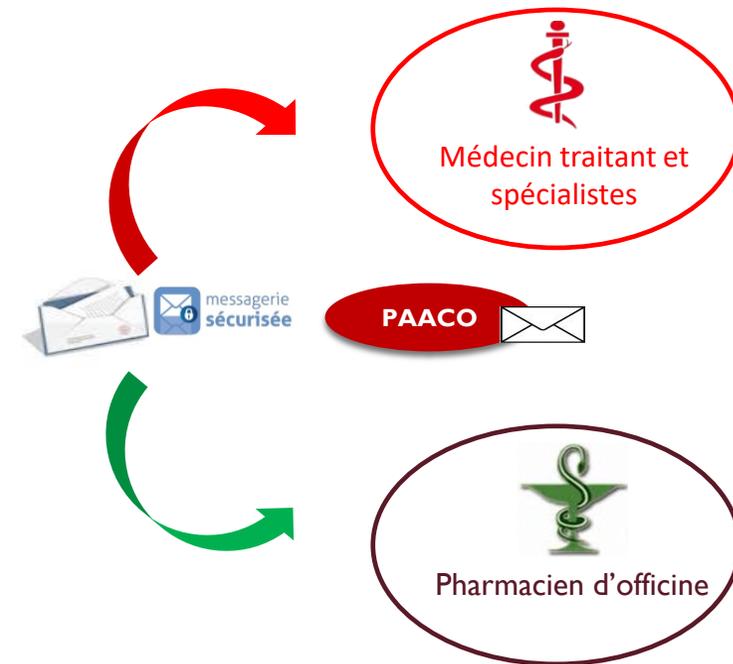
Traitement(s)	Proposition(s) de modifications	Alternative(s) proposée(s)	Motif(s)
Acide acétylsalicylique 75 mg KARDEGIC 1-0-0	Réévaluation du maintien		Indication non retrouvée
Bisoprolol 5 mg /Hydrochlorothiazide 6.25 mg LODOZ 1-0-0	Arrêt et reprise de l'inhibiteur calcique préférentiellement avec surveillance tensionnelle	Préférer la reprise du LERCAN (pour l'indication HTA)	HTA TA=120/60 mmHg HTOS + Objectifs tensionnels chez le sujet âgé sous traitement anti-HTA : 130 < TAS < 150 mmHg sous thérapie anti HTA en l'absence d'effets indésirables notamment HTO ⁽¹⁾
Sulfate de potassium 600 mg DIFFUK 2/j	Arrêt et surveillance kaliémie		Kaliémie = 3.6 mmol/l (mars 2022)
Escitalopram 5 mg SEROPLEX 1-0-0	Arrêt		Hyponatrémie iatrogène ? et pas de symptomatologie dépressive
Zopiclone 3.75 mg IMOVANE 0-0-1	Arrêt	Mélatonine LP 2 mg CIRCADIN 1 à 2 h avant le coucher, après le dîner	Troubles du sommeil
Timolol + Bimatoprost GANFORT collyre	poursuite		Réduction pression intraoculaire
Cholécalciférol 100000 UVEDOSE 1 amp en octobre	poursuite	Cholécalciférol 50 000 UI 1 amp/mois	Prévention carence en vitamine D ⁽²⁾
CNO 2/j	poursuite		Dénutrition
Macrogol De temps en temps	Poursuite en systématique	Macrogol 0-0-1	Constipation accentuée par les opioïdes
Paracétamol / opium / Caféine LAMALINE 2 à 3/j poursuite	poursuite		Douleurs au niveau de la hanche droite non quantifiable

Vaccinations : grippe/ COVID/ Pneumocoque à jour

(1) Recommandations de la société européenne de cardiologie 2018 sur la prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte
(2) La supplémentation en vitamine D en France chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose : données récentes et nouvelles pratiques (article in press) revue du rhumatisme <http://www.grio.org/documents/page/le-supplimentation-e-n-vitamine-d-grio2019.pdf>

Gestion du traitement à domicile

Réévaluation de la pertinence des médicaments



Coordination pluriprofessionnelle

Conciliation médicamenteuse

Recommandations en références

Entretien pharmaceutique

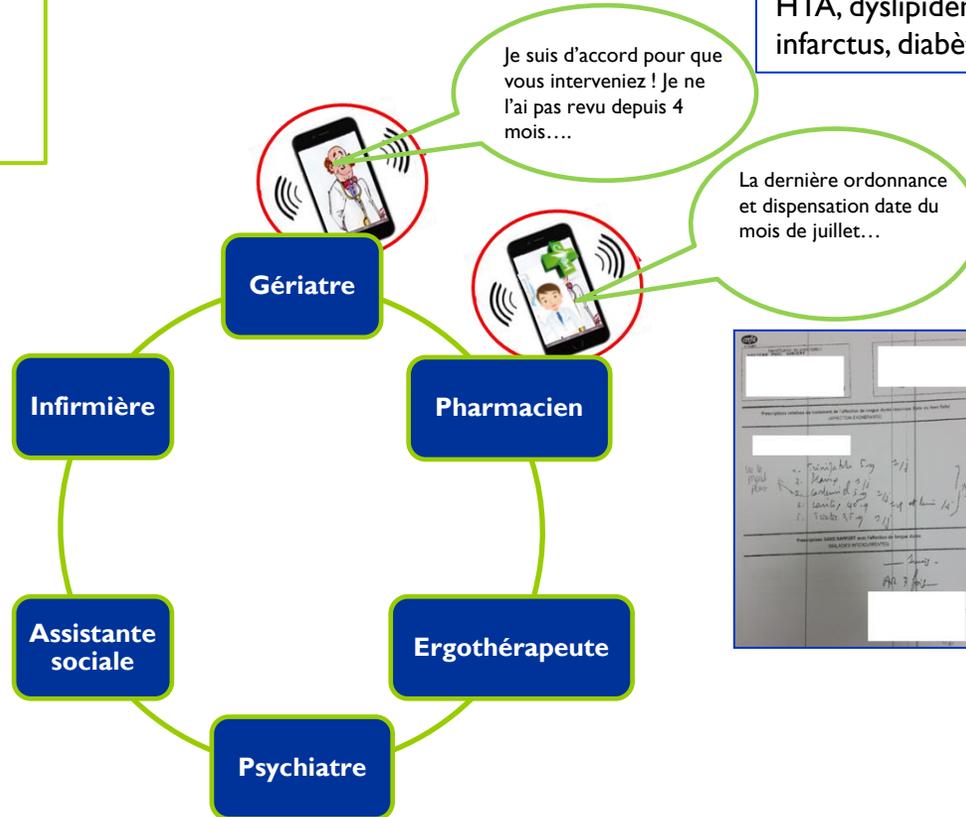
Un réfrigérateur bien vide...

Neveu de Mme F, rend visite à sa tante qu'il n' a pas vu depuis 6 mois et s'étonne de voir le frigo vide ! (Mme F était une très bonne cuisinière)

Contact avec le médecin traitant: n'a pas revu Mme F depuis 4 mois

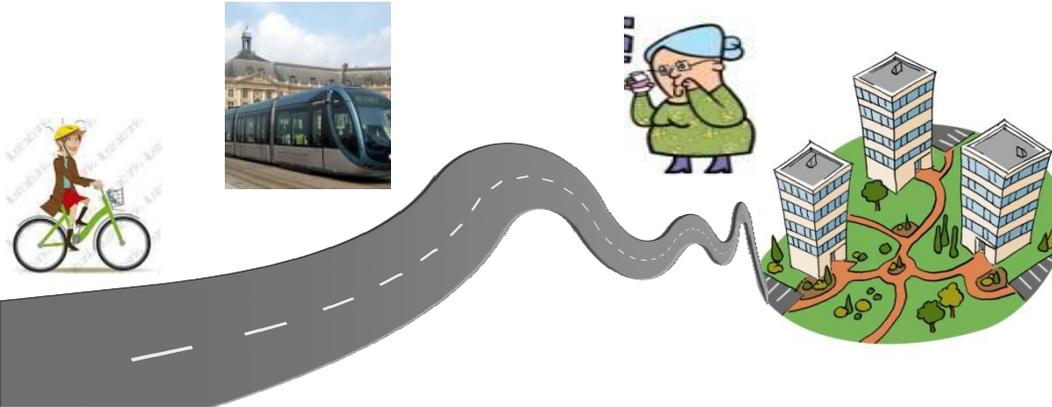


Assistante médicale administrative



Patiente de 88 ans, vit seule au domicile, veuve , sans enfants.
Un neveu habite à Paris. Elle Était postière , a eu le brevet d'étude

Un réfrigérateur bien vide...



Évaluation Gériatrique Standardisée

- Autonome pour la marche, hygiène précaire
- IADL:
 - ✓ Déclaration d'impôts non faite, factures non payées.
 - ✓ Tél : n'appelle plus, répond
 - ✓ Transports : ne les prend plus seule
 - ✓ Médicaments : n'en prend plus
 - ✓ Courses: sa voisine l'aide de temps en temps
 - ✓ Repas: plats cuisinés
 - ✓ Ménage/lessive : peu entretenu et encombré
- Hypoacousie
- Evaluation cognitive : MMS à 17/30, Dubois à 8/10, Horloge à 4/7
- GDS: 3/15
- MNA : IMC à 19 kg/m², perte de 4 kgs en 3 mois
- Marche : Get up à 18 sec, appui unipodal -



Diagnostics évoqués

- Troubles cognitifs ayant un retentissement sur les IADL: troubles neurocognitifs majeurs ?
- Troubles sensoriels
- Dénutrition
- Troubles de la marche

Propositions de l'équipe



- ⇒ Imagerie cérébrale (au mieux une IRM)
- ⇒ Consultation ORL (appareillage auditif?)
- ⇒ Bilan biologique
- ⇒ Consultation mémoire (suivi tous les 6 mois)
- ⇒ Demande d'APA permettant la mise en place des aides au domicile (préparation des repas)
- ⇒ Compléments nutritionnels/Vitamine D
- ⇒ Reprise des traitement avec passage IDE pour l'administration
- ⇒ Séances de kinésithérapie
- ⇒ Prise en charge équipe de soins Alzheimer/orthophoniste
- ⇒ Evaluation au domicile par l'ergothérapeute de l'équipe
- ⇒ Procuration à son neveu



Suivi à 1 mois

- Reprise du suivi par le médecin qui se déplace au domicile
- Passage infirmier pour le traitement réévalué (et livré au domicile par son pharmacien)
- Aide partielle à la toilette
- Passage d'une auxiliaire de vie l h/j à midi pour l'aide aux repas
- Aménagement du domicile avec ergothérapeute / chaussage
- Consultation pédicure/podologue pour soins des pieds
- Suivi en consultation mémoire à Xavier Arnozan avec accord de la patiente
- Relais avec la DAC

⇒ Reprise de poids

⇒ Domicile entretenu et dégagé

⇒ Et ...



Un jardin à l'abandon...



Mr et Me B, 87 et 85 ans vivent au domicile. Une fille à Nouméa.

Leur voisin attentif s'aperçoit que Mr B n'entretient plus son jardin, à l'air fatigué et se plaint de ne plus dormir la nuit.

Il contacte son médecin traitant (le même que Mr et Mme B) pour alerter sur l'état de santé de Mr B, principal aidant de sa femme atteinte d'une maladie d'Alzheimer sévère avec troubles du comportement (agitations nocturnes, refus de la toilette, violence verbale, insultes).

Femme de ménage depuis de nombreuses années : 3h/semaine (CESU)



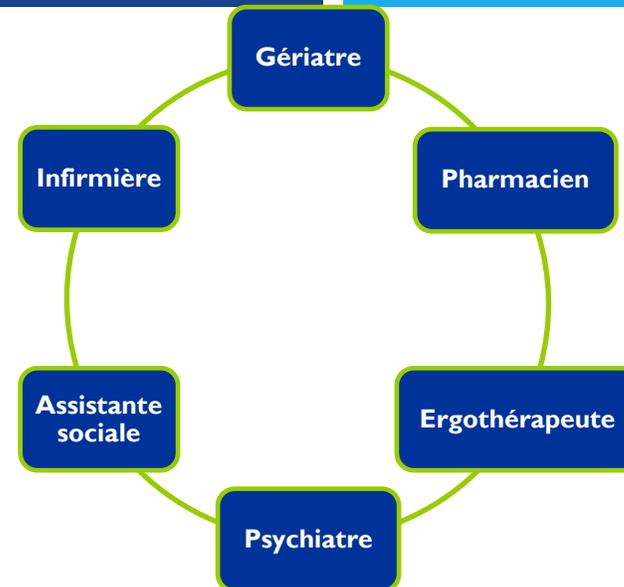
Avant



Après



Assistante médico administrative

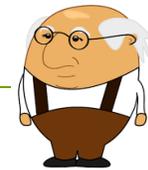


Évaluation Gériatrique Standardisée Mme B

- Autonome pour la marche, aide à la toilette par Mr
- IADL: 0/8
- Evaluation cognitive : MMS à 9/30, Horloge à 0/7
- NPI: 74
- MNA : IMC à 17kg/m², perte de poids
- Marche : Get up and go : 10 sec

Évaluation Gériatrique Standardisée Mr B

- ADL: Autonome
- IADL: Autonome
- Hypoacousie
- Evaluation cognitive : MMS à 29/30, Dubois à 10/10, Horloge à 7/7
- Score de Zarit élevé
- GDS: 12/15 + affects dépressifs
- MNA : 26/30
- Marche : Get up à 8 sec, appui unipodal +



Madame B



- Troubles neurocognitifs majeurs
- Troubles du comportement
- Dépendance IADL+/-ADL
- Dénutrition

Monsieur B



- Troubles sensoriels
- Risque épuisement
- Syndrome dépressif

Un jardin à l'abandon...

Madame B



- Imagerie cérébrale
- Bilan biologique
- Consultation psychiatrique
- Demande APA
- Passage Ide pour aide à la toilette
- Portage repas?
- accueil de jour en EHPAD ?
- suivi en cs mémoire

Monsieur B

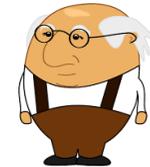


**Contact fille
+
médecin
généraliste**

- Consultation ORL
- consultation psychiatrique
- intervention ESAD?

Suivi à 1 mois

- ⇒ Mme B est un peu apaisée, a des nuits correctes
- ⇒ APA en attente
- ⇒ Accueil de jour mis en place et bien accepté
- ⇒ Aide à la toilette un peu difficile
- ⇒ Mr B va mieux sur le plan thymique, dort mieux, ne souhaite pas de suivi par un psychiatre en ville, se questionne sur un éventuel accueil permanent en EHPAD pour sa femme (aidé par la DAC pour les démarches)
- ⇒ Et arrive à prendre du temps pour...



MERCI DE VOTRE ATTENTION



DISCUSSION - VOS ATTENTES – CONCLUSION

DÉPLOIEMENT ATTENDU PAR LES PROFESSIONNELS AU SEIN DE LA RÉGION DE L'OUTIL D'INTERVENTION OMAGE (OPTIMISATION DES MÉDICAMENTS CHEZ LES SUJETS AGES)

-> DÉPLOIEMENT PREVU PAR L'OMEDIT EN 2024 EN NOUVELLE-AQUITAINE EN COMPLÉMENT DES FORMATIONS OMEDIT « PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE POURSUIVIES EN 2023 ET 2024

PROCHAINE RÉUNION DE LA COMMISSION : FIN 2023/DÉBUT 2024