

# Commission régionale OMEDIT

*Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée  
dans le parcours de soins*

17 janvier 2024



*Commission Personne âgée*

# Tour de table



# Ordre du jour Commission PA 17/01/2024

- 1 CAQES 2023 année civile 2022 - Résultats indicateurs MIPA
- 2 Focus audit MIPA
- 3 Actualités
- 4 Entretien de compréhension OMAGE
- 5 Retours d'expérience (CH Agen, CH Dax, CHU Limoges)



*CR + diaporama  
seront adressés aux participants*

1

*CAQES 2023 année civile 2022*

*Résultats de l'indicateur  
Médicaments inappropriés chez la personne âgée*

*MIPA*



1

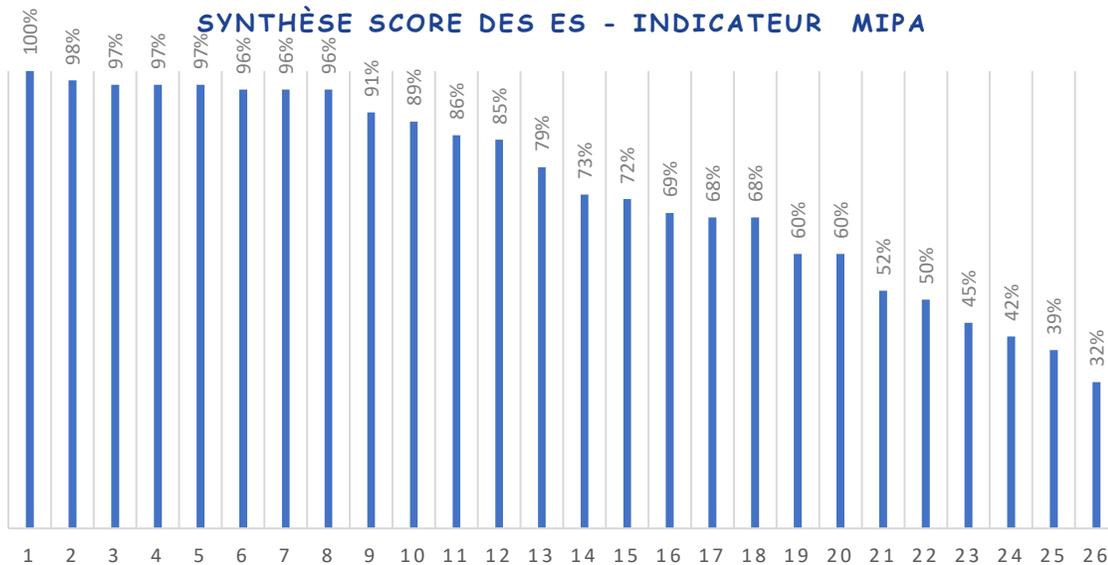
# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

Synthèse score - indicateur Mipa

N 26 ES



3	CHU
17	CH
6	ES privés



Détail par indicateur

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 1

## Maîtriser la prescription de MIPA

Nombre de personnes âgées >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

- Benzodiazépine à demi-vie longue
- Antihypertenseurs centraux

Non scoré

IR MIPA 1

BZD  
 $\frac{1}{2}$  vie longue

316

Patients en moyenne sous BZD à  $\frac{1}{2}$  vie longue  
(Min = 202 - Max = 1061)

90%

Des ES ciblés en baisse



Rappel ciblage ES  
> 200 patients

Anti HTA  
centraux

62

Patients en moyenne sous anti HTA centraux  
(Min = 23 - Max = 140)

68%

Des ES ciblés en baisse

Rappel ciblage ES  
> 50 patients

TO DO

Poursuivre les actions menées

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 2

## Engagement de la direction

IR MIPA 2

Intégration dans le programme d'actions "produits de santé" des actions spécifiques sur le bon usage et la prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée

/20

Élément de preuve à transmettre



92%

Des ES ont intégré dans leur programme d'actions des actions sur la prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée

à poursuivre

Actions de prévention de l'iatrogénie chez la PA

TO DO

MAIS à formaliser dans le PAQSS



Pour rappel

Art L6144-1 et L6161-2-2 CSP

L'établissement doit formaliser un programme d'actions annuel « produits de santé », **adapté à ses écarts selon sa situation** (IQSS, certification, remarques liées aux contrôles éventuels, évaluation du CAQES 2023 sur les données 2022, bilan de la gestion des risques) **et les priorités du CAQES** ; il doit contribuer au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles. Ce plan d'actions « médicaments et dispositifs médicaux, qui doit comporter un **calendrier, les actions, les pilotes des actions et les indicateurs** de suivi, est intégré dans le programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 3

Mise en place des actions de dé-prescriptions des médicaments inappropriés chez la PA

IR MIPA 3.1

Réalisation de l'audit de pertinence des prescriptions pour les patients âgés ciblés

/30

18  
67%

Des ES ont réalisé un audit d'évaluation des pertinences de prescription chez la PA



7  
26%

ES n'ont pas réalisé d'audit



10  
37%

Des ES ont réalisé l'audit régional CAQES



Détail des résultats dans le point suivant

8  
30%

Des ES ont réalisé des audits autres que l'outil régional

exemples

PA et chutes

IPP

TO DO

Réaliser lors de la prochaine campagne d'évaluation en 2024 l'audit à partir de l'outil d'audit régional transmis

Poursuivre la dynamique d'évaluation des pratiques  
Et renforcer les actions de prévention de l'iatrogénie chez la PA

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 3

Mise en place des actions de dé-prescriptions des médicaments inappropriés chez la PA

IR MIPA 3.2.1

Mise en œuvre des actions de pharmacie clinique - conciliation médicamenteuse

/15

81%  
21

Des ES ont mis en place une activité de conciliation médicamenteuse chez la population âgée



100%

CHU

69%

CH

83%

ES privés

145

Patients conciliés en moyenne par an  
Min : 1 - Maximum : 563

276

CHU

155

CH

19

ES privés

Lien avec les ressources RH disponibles

TO DO

Poursuivre la dynamique engagée sur l'activité de conciliation médicamenteuse qui permet la connaissance de l'ensemble des traitements du patients, la sécurisation du parcours du patient et la transmission d'information entre tous les acteurs

Parcours

Lien ville / hôpital

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 3

Mise en place des actions de dé-prescriptions des médicaments inappropriés chez la PA

IR MIPA 3.2.2

Mise en œuvre de la réévaluation pluri professionnelle des traitements chez la personne âgée

/15

73%  
21

Des ES ont mis en place la réévaluation pluri professionnelle des traitements chez la personne âgée



100%

CHU

69%

CH

67%

ES privés

206

Patients réévalués en moyenne par an

## Réévaluation - différents niveaux relevés

- En concertation par une équipe pluridisciplinaire revue de dossier hebdomadaire / mensuelle
- Suite à l'activité de CTM binôme médecin/pharmacien
- En lien avec la validation pharmaceutique : intervention pharmaceutique

TO DO

Poursuivre et renforcer la réévaluation pluriprofessionnelle des traitements chez le sujet âgé ayant pour objectif la sécurisation et la pertinence des prescriptions

Pertinence

Prévention de la iatrogénie

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

ENG MIPA 4

Renforcement de la coordination ES/ESMS/Ville dans une logique de parcours

IR MIPA 4

Actions de sensibilisation en interne et externe et en coordination avec la ville

/20

## Actions internes



Formation des internes et des PS

Activité de conciliation médicamenteuse (CTM)

Activité de réévaluation des prescriptions

Sensibilisation : relai des recommandations, livret, flash infos

Réalisation d'EPP

## Actions externes



Soirée ville/hôpital

Formation des PS libéraux ou via l'université

Lettre de liaison en lien avec la CTM

Alimentation du DMP

Utilisation de PAACO globule ou autre plateforme en lien avec la ville

Relai d'informations vers la ville (plaquette, flash infos..)

TO DO

Valoriser les actions menées  
Poursuivre la dynamique engagée en lien avec les orientations régionales et renforcer les actions vers la ville

1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

## Intéressement

### Méthodologie d'éligibilité à un intéressement

Enveloppe attribuée par thème

Éligibilité à un intéressement



- Sélection des ES ayant un **score > seuil fixé**
- Seuil fixé **annuellement et par thème** en fonction des résultats des ES
- Volonté d'éviter le saupoudrage et d'avoir une bonne représentativité des catégories d'ES

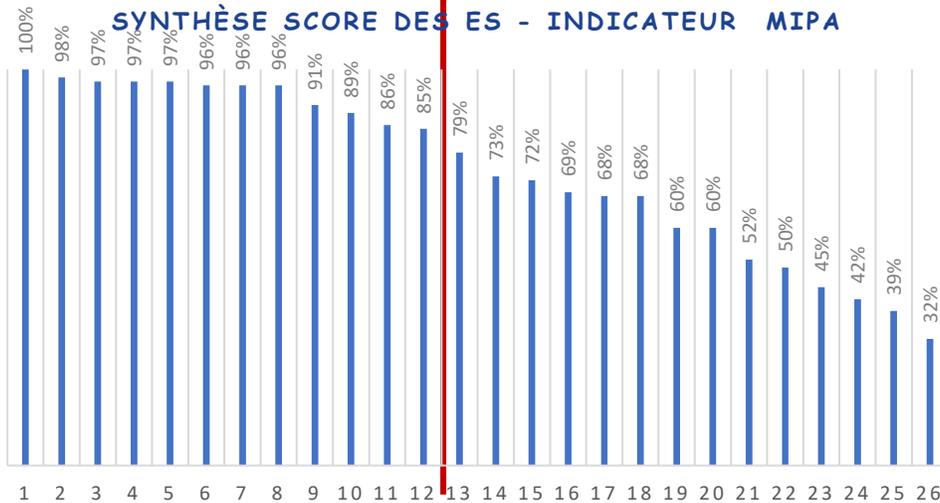
1

# Résultats de l'indicateur Médicaments inappropriés chez la personne âgée - MIPA

## Intéressement

### Synthèse score - indicateur MIPA

ES éligibles à un intéressement



Seuil MIPA  
80% en  
2022

### Intéressement année 2022 - MIPA



12  
46%

ES éligibles à un intéressement  
Thème MIPA



2

CHU

5

CH

1

ESPIC

4

ES privés



15 479€\*

Montant par ES

\* Forfait minoré pour les ES ayant un AAP sur la personne âgée

2

# Focus audit MIPA



# 2.1 Présentation de l'audit MIPA

ENG MIPA 3

Mise en place des actions de dé-prescriptions des médicaments inappropriés chez la PA

IR MIPA 3.1

Réalisation de l'audit de pertinence des prescriptions pour les patients âgés ciblés

/30

Élément de preuve à transmettre



Outil régional d'audit

- MPI : Médicament de prescription inappropriée
- Concerne les prescriptions de personnes âgées (>75 ans ou >65 ans et <75ans avec ALD)
- Minimum de 30 dossiers
- Liste pré remplie de médicaments ou situations potentiellement non appropriés classés par système soit 39 situations

Système cardiovasculaire  
Antiagrégants et anticoagulants  
Système nerveux central et psychotropes  
Fonction rénale et prescriptions  
Système digestif  
Système respiratoire  
Système musculo-squelettique  
Système urinaire  
Système endocrinien  
Antalgiques  
Charge anticholinergique  
Associations médicamenteuses

Evaluation

Nb total de MPI

Nb et Taux de proposition de modifications

Nb et Taux de proposition acceptées

Nombre moyen de MPI/prescription

Nb et Taux de prescription avec MPI



## 2.1 Présentation de l'audit MIPA

### Sources



Critères REMEDIES

Critères STOPP/START v1

Critères STOPP/START v2

OMEDIT ARA - Grille audit  
pertinence MPI

Société Francophone du  
Diabète

ESC Guidelines

# 2.1 Présentation de l'audit MIPA

1 audit par patient

MPI présent à l'admission ?

Si oui, modification de prescription proposée ?

PATIENT N°1								
Données patient				Révaluation de la pertinence des prescriptions chez la personne âgée				
Service/ unité de soins du patient		Cellule C4 - Remplir obligatoirement		Nombre de médicaments prescrits		Cellule 65 - Remplissage automatique		
Âge (ans)				Nombre de MPI rencontrés	0			
Sexe				<small>*Le terme générique MPI est utilisé afin de faciliter la lecture des conclusions de l'audit et se rapporte stricto sensus à une situation potentiellement inappropriée</small>				
Les médicaments/situations potentiellement inappropriés suivant sont-ils présents dans la prescription du patient ?		Traitements prescrits à l'admission	Revue de prescription			Indicateur de suivi		
		Q1	Q2.1	Q2.2	Q2.3	Q2.4	Q3.1	Q3.2
		Le MPI suivant est-il prescrit ?	Si MPI retrouvé, une proposition de modification (intervention médicale ou pharmaceutique) a été réalisée ?	Type de modification de traitement proposée	Commentaires associés à la proposition de modification le cas échéant	Si MPI retrouvé, mais absence de proposition de modification, une justification est présente dans le dossier médical	Proposition de modification acceptée ou refusée	Commentaires
<b>Système cardiovasculaire</b>								
MPI_1	Un diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une HTA essentielle ou pour OMI liés à l'insuffisance veineuse (furosémide, bumétamide)	Non concerné						
MPI_2	B-bloquant et vérapamil ou diltiazem en association	Non concerné						
MPI_3	Diltiazem ou vérapamil en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV	Non concerné						
MPI_4	Antihypertenseurs à action centrale (cf liste MPI) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs	Non concerné						
MPI_5	Dérivés nitrés de longue durée d'action en dehors d'une insuffisance coronarienne symptomatique (isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate, patchs de trinitrine)	Non concerné						
MPI_6	Inhibiteurs calciques à libération immédiate (nicardipine 20mg)	Non concerné						

MPI classés en 12 systèmes

A compléter pour chaque patient "Oui/Non/Ne sait pas/Non concerné"  
 1- "Oui": le patient est concerné par la pathologie et le MPI ou la situation est retrouvé dans la prescription  
 2- "Non": le patient est concerné par la pathologie et le MPI ou la situation n'est pas retrouvé dans la prescription  
 3- "Ne Sait Pas": le MPI est retrouvé dans la prescription mais vous ne disposez pas d'information sur la pathologie ou sur la situation (ex: durée)  
 4- "Non concerné": le patient n'est pas concerné par la pathologie et par ce MPI ou cette situation

39 MPI

Suivi des modifications de prescription, acceptée ? refusée ?

## 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

18  
67%

Des ES ont réalisé un audit d'évaluation des pertinences de prescription chez la PA



10  
37%

Des ES ont réalisé l'audit régional CAQES

Détail

Nb total de MPI

235

Nb et Taux de proposition de modifications

161  
69%

Nb et Taux de proposition acceptées

126  
78%

Nombre moyen de MPI par prescription

0,94

Nb et Taux de prescription avec MPI

141  
56%

TOP 3

→ 1 IPP

→ 2 >2 médicaments à effet anticholinergique

→ 3 BZD  $\frac{1}{2}$  vie longue

→ Marge de progression 🚨

## 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

### Synthèse des données patients

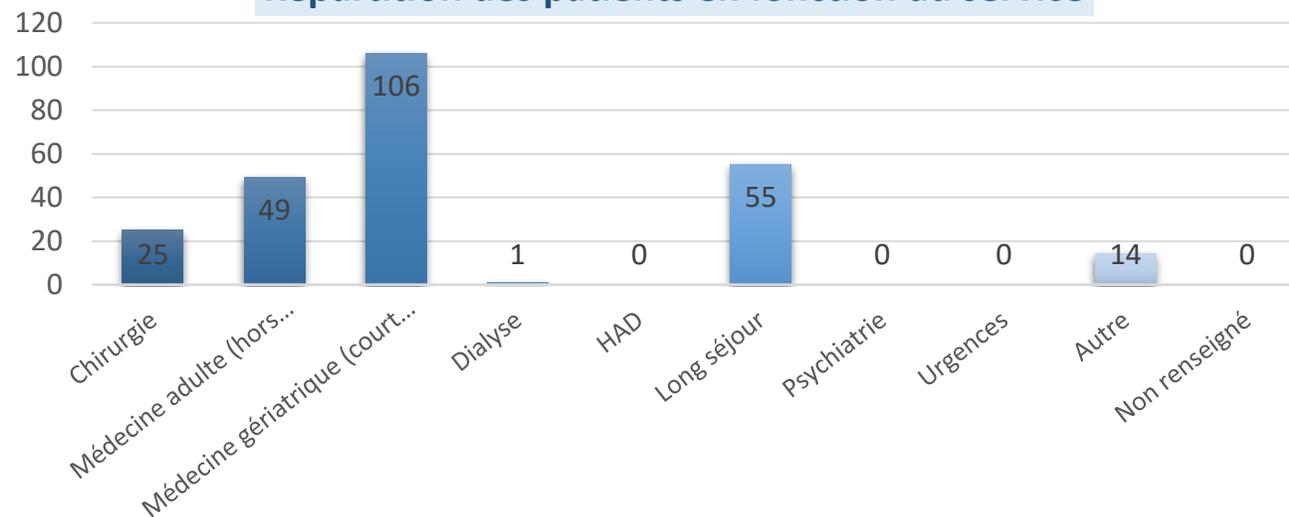
250 patients inclus

86,3 ans en moyenne

Sexe ratio (H/F) = 0,66



### Répartition des patients en fonction du service



10,7

Médicaments prescrits en moyenne chez un patient

31

Nombre maximum de médicaments prescrits

# 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

## Synthèse avant réévaluation des prescriptions

Au total

235 MPI



69%

161

Nombre total de **proposition de modification réalisées** sur des MPI ou situation non appropriées identifiées



126

Nombre total de **proposition de modifications acceptées** parmi toutes les propositions



78%

Par prescription

0,94

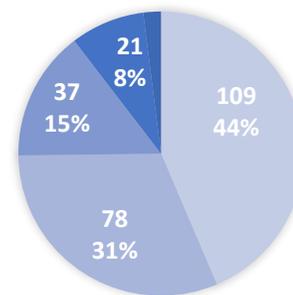
Nombre moyen de MPI par prescription

141

Nombre de prescriptions avec au moins 1 MPI ou prescription non appropriée

56% de l'ensemble des prescriptions

RÉPARTITION DES PRESCRIPTIONS EN FONCTION DU NOMBRE DE MPI



- 0 MPI
- 1 MPI
- 2 MPI
- 3 MPI
- 4 MPI
- 5-9 MPI
- Plus de 10 MPI



## 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

### Synthèse après réévaluation des prescriptions

\*tous les MPI pour lesquels le prescripteur a accepté la modification ne sont plus comptabilisés comme MPI



Baisse de -54% des MPI  
après réévaluation

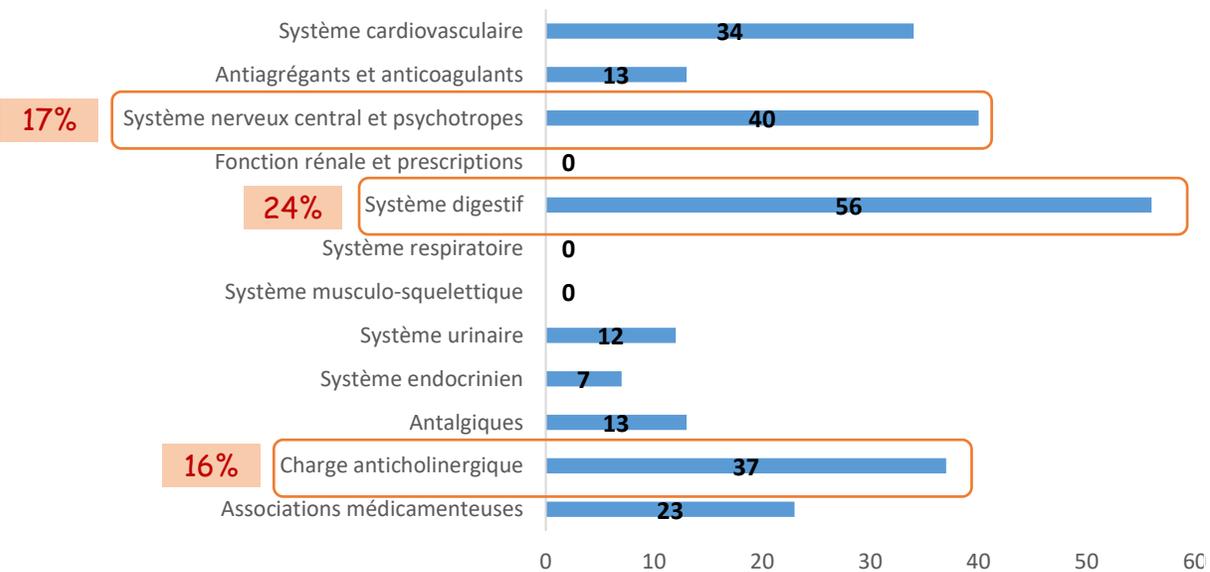


# 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

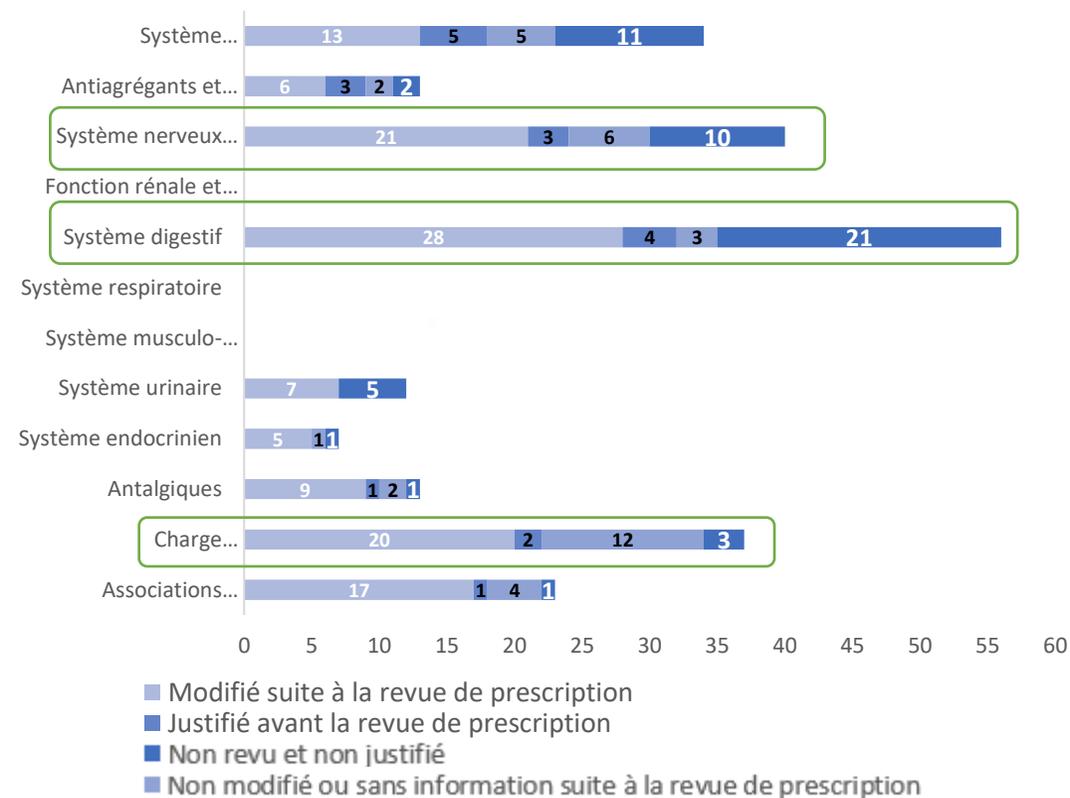
Détail

## Synthèse par système

Nombre de MPI par système (ensemble des prescriptions auditées)



Impact et conclusions de la revue de prescription sur le nombre de MPI par système (ensemble des prescriptions auditées)



## 2.2 Restitution de l'évaluation – Audit MIPA

Pourcentage de prescriptions concernées avant vs après revue/ justification de prescription

### Synthèse par MPI

Charge anticholinergique



Utilisation concomitante de plusieurs médicaments à effets anticholinergiques

15% vs 6%

Systeme digestif

IPP en traitement prolongé en l'absence d'indication

13% vs 8%

Systeme digestif

IPP à la dose curative pour une durée > 8 semaines

9% vs 2%

Association médicamenteuse

Redondance pharmacologique (2 spécialités pharmacologiques de la même classe)

9% vs 2%

Systeme cardiovasculaire

Diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une HTA essentielle ou pour OMI liés à l'insuffisance veineuse

8% vs 4%

SNC et psychotropes

Benzodiazépine à demi-vie longue

8% vs 4%

SNC et psychotropes

Antihistaminiques à effets sédatifs et anticholinergiques prescrits à visée anxiolytiques et hypnotiques

4% vs 1%

Systeme urinaire

Anticholinergiques en traitement de l'incontinence urinaire en présence de facteurs de risque

2% vs 1%

Systeme urinaire

Alpha-bloquant en présence d'une sonde urinaire au long cours (>1 mois) OU si hypotension orthostatique

2% vs 1%

Antalgiques

Nefopam sur terrain de syndrome démentiel, risque de glaucome aigu par fermeture de l'angle, trouble de la conduction, ralentissement chronique du transit, hypertrophie bénigne de la prostate et épisode de rétention urinaire

2% vs 1%



## 2.3 Evolution de l'audit MIPA – les omissions

Réalisation d'une nouvelle rubrique de l'audit de pertinence des prescriptions pour les patients âgés ciblés

**NOUVEAU**



Les omissions

NON OBLIGATOIRE

- Concerne les prescriptions des mêmes patients que pour les MPI
- Minimum de 30 dossiers
- Liste pré-remplie d'omission de médicaments dans des conditions cliniques fréquentes à traiter ou à prévenir, classés par système soit 21 situations
- Liste non exhaustive, situations le plus fréquemment retrouvées
- Axe d'amélioration : ouvert à vos propositions, retours d'expériences



Système cardiovasculaire
Système endocrinien
Système nerveux central et psychotrope
Système respiratoire
Système musculosquelettique
Système antalgique
Système ophtalmique
Système urinaire
Vaccin

Evaluation

Nb total d'OMI

Nb et Taux de proposition de prescription

Nb et Taux de propositions acceptées

Nombre moyen de OMI/prescription

Nb et Taux de prescription avec OMI

## 2.3 Evolution de l'audit MIPA – les omissions

Réalisation d'une nouvelle rubrique de l'audit de pertinence des prescriptions pour les patients âgés ciblés

Sources



Critères REMEDIES

Critères STOPP/START v1

Critères STOPP/START v2

OMEDIT ARA - Grille audit  
pertinence MPI

# 2.3 Evolution de l'audit MIPA – les omissions

Réalisation d'une nouvelle rubrique de l'audit de pertinence des prescriptions pour les patients âgés ciblés

**NOUVEAU**

**SOUS LA RUBRIQUE MPI**

1 audit par patient

Omission présente à l'admission ?

Si oui, proposition de prescription ?

OMI classés en 9 systèmes

21 OMI

Réévaluation de la pertinence des prescriptions chez la personne âgée - Les omissions								
Identification des omissions de médicaments dans des conditions cliniques fréquentes à traiter ou à prévenir chez une personne âgée (hors fin de vie)			A l'admission	Revue de prescription			Indicateur de suivi	
A compléter pour chaque patient "Oui/ Non/ Ne sait pas/ Non concerné" 1- "Oui" : le patient est concerné par la pathologie et la situation clinique nécessiterait potentiellement un traitement (omission) 2- "Non" : le patient est concerné par la pathologie et la situation clinique est traitée 3- "Ne sait pas" : Vous ne disposez pas d'information sur la pathologie ou sur la situation 4- "Non concerné" : le patient n'est pas concerné par la pathologie et donc par cette potentielle omission			I1	I2.1	I2.2	I2.3	I3.1	I3.2
			L'omission suivante est-elle présente ?	Si omission retrouvée, une proposition de prescription (intervention médicale ou pharmaceutique) a été réalisée ?	Commentaires associés à la proposition d'initiation de traitement	Si omission retrouvée, mais absence de proposition de modification, une justification est présente dans le dossier médical	Proposition d'initiation de traitement acceptée ou refusée	Commentaires
Système cardiovasculaire								
OMI_1	Fibrillation auriculaire non valvulaire	- Antivitamine k oral avec un INR cible : 2-3 - Anticoagulant oral d'action directe (AOD) : adapté à la fonction rénale - Si contre-indication aux anticoagulants : aspirine à dose antiagrégante	Non concerné					
OMI_2	Fibrillation auriculaire valvulaire	- Anticoagulant par antivitamine K oral (warfarine) indiqué avec un INR cible et fonction du type de valve - Si contre-indication aux anticoagulants : aspirine à dose antiagrégante	Non concerné					
OMI_3	HTA persistante (>150/90 mmHg)	Après contrôle de la tension artérielle, vérification de l'absence de causes secondaires, évaluation de l'observance des antihypertenseurs si déjà introduits et du suivi des conseils hygiéno-diététiques.	Non concerné					

Suivi des initiations de prescription, acceptées ? refusées ?

# 2.4 En pratique À vous de jouer !

## ES ciblés CAQES



Mise à disposition de l'audit aux ES concernés dans le cadre du CAQES *via la plateforme emedite*

Recueil par les ES et envoi à l'OMEDIT des résultats dans le cadre de l'évaluation CAQES

## ES NON ciblés CAQES



*Volontariat*

Grille d'audit adressée par l'OMEDIT *sur demande par mail* par les ES

Recueil par les ES et *envoi à l'OMEDIT des résultats par retour de mail*



Exploitation régionale des résultats et restitution aux ES / ESMS concernés





**3**

# *Actualités*

## 3.1 PAPERAPS

Mise en œuvre de l'actualisation annuelle, prévue par les textes, **du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPERAPS) 2022-2026** de la région Nouvelle-Aquitaine

A VENIR

# PAPRAPS 2022-2026

## VOLET PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE



### PREVENTION ET BON USAGE *des produits de santé*



médicament

+



main, humain  
prendre soin

## Rappel constats de départ

- Fédérer davantage les professionnels du **secteur sanitaire, médico-social et de la ville** sur la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, dans le parcours de soin global. Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie.
- Assurer la **réévaluation régulière des traitements, la dé-prescription de médicaments inappropriés chez la personne âgée, déployer la pharmacie clinique**, réévaluation pluri professionnelle des traitements => **CAQES 2022-2024 – Audit régional – Actions ciblées en ville MT/Pharma, de l'AM (Bilan partagé de médication)**
- Poursuivre les actions (nombreuses), mises en place en région, encourager les bonnes pratiques : communication, sensibilisations et formations disponibles dans tous les secteurs de soins, mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine par diverses structures d'appui, avec l'implication des professionnels des établissements de santé et de ville, et des associations des patients => **ACTIVATION DE LA COMMISSION PERSONNES AGEES LE 6 AVRIL 2023**

# Axe prévention de la iatrogénie chez les personnes âgées

PROGRAMME D' ACTIONS EN COURS 2022-2026

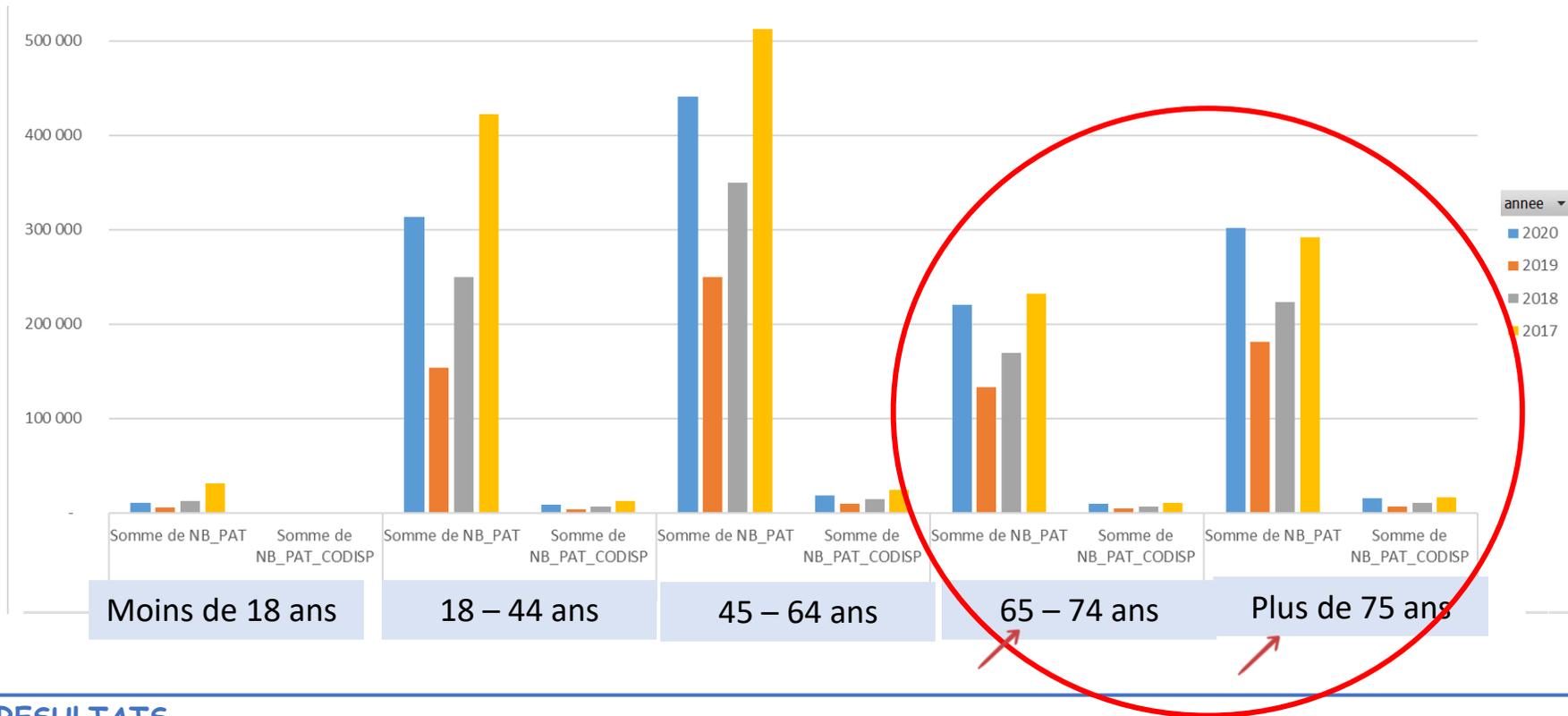
## RENFORCER LA PREVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE – LA REDUCTION DES MIPA ET LUTTER CONTRE LA SURMÉDICATION DANS LE PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE

### ➤ A FAIRE/POURSUIVRE :

- Etablir un diagnostic infrarégional** à suivre et actualiser chaque année (Méthodologie)
- Nouveau : Contribution fiche action **plan anti chute régional** en lien projets AAP régional ARS en cours – axe PA (priorité nationale impliquant plusieurs branches de la sécurité sociale)

# EXTRAIT ETUDE PAPERAPS Benzodiazépines anxiolytiques

## NOMBRE DE CONSOMMANTS AVEC CO- DISPENSATION (REMBOURSEMENT) DE BENZODIAZEPINES ANXIOLYTIQUES



Le rebond observé en 2020 est lié au contexte de crise COVID

### RESULTATS

Il est noté une baisse du nombre de patients traités en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019 (de 1,4 millions en 2017 à 723 178 en 2019). La codispensation d'au moins 2 benzodiazépines, non conforme aux recommandations de bonnes pratiques, est également en baisse en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 (4,3 % des patients avec benzodiazépines) et 2019 (3,4 %). Les classes d'âges les plus concernées par la codispensation d'au moins de benzodiazépines est celle des patients de 75 ans et plus (3,8 % en 2019 et 5,0 % en 2020).

# EXTRAIT ETUDE PAPRAPS Axe DOULEUR CHRONIQUE

## Taux de recours aux AINS

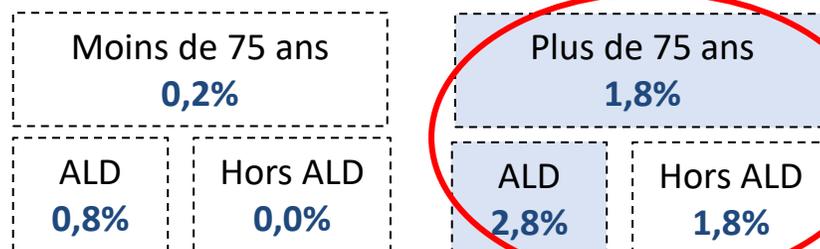
**26%** toutes classes d'âges confondues

- En baisse en 2020 par rapport à 2019 – impact COVID ?



## Taux de recours au Fentanyl

**0,3%** toutes classes d'âges confondues



source : CPAM86 – tous prescripteurs

## Taux de recours au Tramadol

**Tramadol seul : 5%**

**Tramadol + paracetamol : 3%**

⇒ Total seul ou en association : **7%** toutes classes d'âges confondues :



## 3.2 Accompagnement OMEDIT EHPAD

*En complément de l'accompagnement mené par l'Assurance Maladie*

**5 en 2023 & 5 programmés en 2024**

**Quelques actions d'amélioration**

- ✓ Formalisation/actualisation convention avec pharmacie
- ✓ Informatisation du circuit
- ✓ Formalisation de la gestion documentaire
- ✓ Formalisation/révision de la dotation pour besoin urgent
- ✓ Protocolisation des prescriptions en « si besoin »
- ✓ Gestion des médicaments non utilisés

Accompagnement  
sur site ou en  
distanciel

**2 formations sur site en 2023**

**Module d'e-learning disponible T2 2024**

**Sensibilisation des professionnels aux  
erreurs médicamenteuses des ESMS**

Formation  
iatrogénie  
médicamenteuse

**190** EHPAD en Nouvelle-Aquitaine

- ✓ Un an d'accompagnement en 2023
- ✓ Mise à disposition d'outils
- ✓ Partage entre EHPAD par territoire
- ✓ 20 actions incrémentales
- ✓ Démarche progressive

Programme ANAP  
EHPAD  
ARS NA ANAP

# 3.3 Formation OMEDIT PA



## Pertinence des prescriptions chez la personne âgée

Sensibiliser et accompagner les professionnels dans la mise en œuvre et le déploiement de la réévaluation / optimisation des prescriptions chez les PA



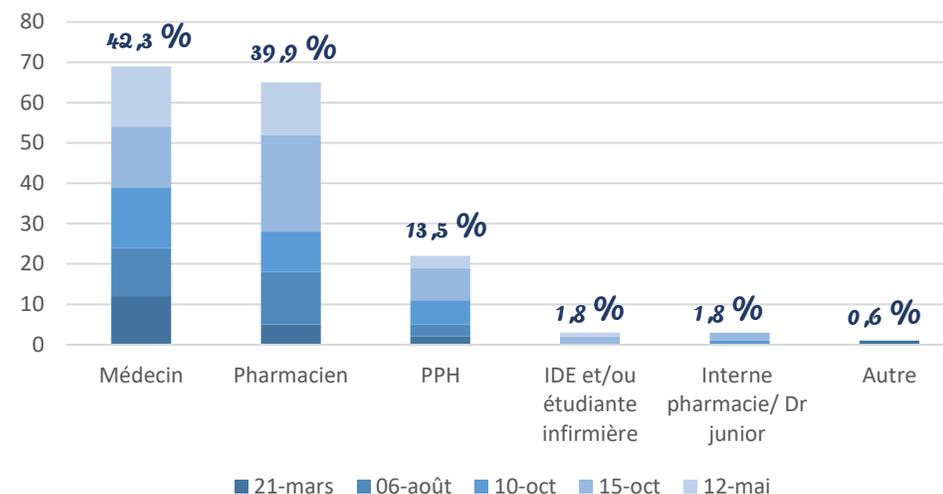
- Organisées et présentées par OMEDIT NAGG accompagnée d'un gériatre & d'un pharmacien de l'EMG
- Formation gratuite, ouverte à tous
- Une journée (formation cognitive + cas cliniques)
- Accompagnement & mise à disposition d'outils

5 Formations en 2023 (4 à Bordeaux & 1 à Limoges)

163 Participants au total

32,6 Participants en moyenne

Répartition des professions en fonction la date de formation



\*PPH : préparateur en pharmacie hospitalière



### 3.4

# Accompagnement Assurance maladie : Campagne polymédication chez la personne âgée

**Polymédication** : prise de **5 médicaments** ou plus délivrés au moins 3 fois dans l'année à la même personne

**Hyperpolymédication** : prise de **10 médicaments** ou plus délivrés au moins 3 fois dans l'année à la même personne

Total 65 ans et +

Polymédication

Hyperpolymédication

13,3 millions de patients

10 Md€ remboursés

**6 molécules en moyenne (délivrées au moins 3 fois dans l'année)**

6,7 millions de patients

7,7 Md€ remboursés

50% des patients pour 77% des remboursements

**8 molécules en moyenne (délivrées au moins 3 fois dans l'année)**

1,6 millions de patients

3,5 Md€ remboursés

14% des patients pour 35% des remboursements

**12 molécules en moyenne (délivrées au moins 3 fois dans l'année)**

Source SNDS tous régimes France entière- tous prescripteurs  
Etude BVA 2022

# Messages de campagne

## Réflexe iatrogénique

Face à tout nouveau symptôme chez la personne âgée de 65 ans et plus, le médecin doit se poser la question d'un **potentiel accident iatrogénique** médicamenteux soit isolé, soit favorisé par une pathologie aiguë ou une situation à risque

## Déprescription

A l'issue de la révision des traitements, **déprescrire les traitements inappropriés** chaque fois que cela est possible en tenant compte de l'adhésion du patient

## Réévaluation

Il est essentiel de réviser régulièrement les **objectifs thérapeutiques** et les **prescriptions médicamenteuses** des PA en fonction de l'évolution des pathologies, des comorbidités, de l'autonomie du patient et de son espérance de vie.

9587 MG  
France  
entière

Focus sur les classes médicamenteuses à risque iatrogénique

Psychotropes

Antalgiques

Sphère cardiovasculaire

Inhibiteurs de la pompe à protons

# Outils de campagne

<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments>

Des outils bientôt  
accessibles à tous sur  
ameli.fr

The screenshot shows the ameli.fr website interface for doctors. The main navigation bar includes 'ACTUALITÉS', 'TEXTES DE RÉFÉRENCE', 'VOTRE EXERCICE LIBÉRAL', and 'SANTÉ ET PRÉVENTION'. A search bar is present. On the left, a sidebar menu lists various medical topics, with 'Médicaments' highlighted. The main content area features a banner for 'Prévention du risque de iatrogénie médicamenteuse chez les 65 ans et plus : boîte à outils'. Below this, there are three columns of text: 'L'ESSENTIEL', 'PRÉVENTION DU RISQUE IATROGÉNIQUE ET PRESCRIPTION', and 'FOCUS SUR LES CLASSES MÉDICAMENTEUSES À RISQUE IATROGÉNIQUE'. Each column has a 'CONSULTER' button. To the right, there is a section titled 'Identification des situations à risque' with three bullet points: 'Conséquences de vieillissement', 'Évaluation de la situation du patient', and 'Boîte à outils'. Below this is a 'BOÎTE À OUTILS' section with a heading 'Prescrire selon l'état du patient en identifiant les situations à risque iatrogénique' and several links to documents and data bases.



# Outils de campagne

## Projet de flyer patient déprescription

### Quelques conseils à suivre au quotidien

-  Respectez le moment et la posologie des prises de chaque médicament qui vous a été prescrit.
-  Ne modifiez pas et n'arrêtez pas un traitement sans avis médical.
-  Ne prenez JAMAIS un médicament qui aurait été prescrit à une autre personne.
-  Adoptez une hygiène alimentaire adaptée (consommation de fruits, légumes et hydratation régulière...) et des habitudes saines de sommeil (se lever à des horaires réguliers, éviter le café et le thé après 17h).
-  Faites de l'exercice selon vos possibilités (marche, yoga, gymnastique douce...) et maintenez votre cerveau actif (lecture, mots fléchés, mots croisés...).
-  Demandez un appui à votre infirmier(ère) ou à vos aidants si nécessaire, pour mieux connaître et suivre vos traitements, ou préparer votre pilulier par exemple.

### SOYEZ ATTENTIFS AUX SIGNES DU QUOTIDIEN



Ressentez-vous des petites gênes ?  
Ballonnements, vertiges, démangeaisons, nausées...

Éprouvez-vous des signaux plus intenses ?  
Essoufflement, vomissement, diarrhée, fièvre,  
perte de poids rapide, chute, confusion,  
infection urinaire ou dentaire...

Avez-vous parfois du mal à avaler ?

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre  
vos médicaments ou de les confondre ?



N'hésitez pas à en parler  
à votre médecin

### Aide

Fai



73



Médicaments que vous pouvez être amené.e à consommer occasionnellement ou de façon plus régulière (compléments alimentaires ou vitamines)



### Avec l'âge, il est important d'être plus prudent avec les médicaments

#### MÉDICAMENTS, CHUTES ET HOSPITALISATIONS ÉVITABLES

6 médicaments différents  
Pris en moyenne sur 1 an par  
une personne ≥ 65 ans. Ce chiffre  
peut atteindre 12 médicaments.

1 patient sur 3  
≥ 65 ans fait au moins un chute/an

130 000 hospitalisations/an  
liées aux chutes

-  Un médicament est bénéfique s'il est pris correctement et adapté à votre état de santé actuel. **Ce qui était approprié pour vous auparavant ne l'est peut-être plus aujourd'hui.** Avec l'âge, les reins éliminent plus lentement les toxines et l'on devient plus sensible aux effets des médicaments. **De ce fait, certains médicaments restent plus longtemps actifs et leurs effets peuvent s'additionner.**
-  Vous êtes donc davantage susceptible de ressentir des effets indésirables. Cela peut être, par exemple : un transit difficile, des douleurs, des problèmes de sommeil, un manque d'appétit, la bouche sèche, etc.
-  **C'est pourquoi vos traitements doivent être révisés régulièrement par votre médecin.** Celui-ci peut être amené à réduire la dose d'un ou plusieurs de vos médicaments, voire à en arrêter certains s'il estime qu'ils ne sont plus appropriés à votre état de santé actuel.

### LES CONSÉQUENCES DE CERTAINS EFFETS INDÉSIRABLES peuvent être graves, notamment :

-  Chutes et fractures
-  Hospitalisations
-  Perte de l'autonomie
-  Confusion et problèmes de mémoire
-  Accidents de voiture
-  Décès
-  Malaise

1. Chiffres CNAM - juin 2021 à juillet 2022  
2. Santé Publique France - Traumatismes - Chutes 30/01/20  
3. Plan chute Ministère publié le 21/02/2022



Mon espace santé est un dossier médical numérique qui permet de stocker et partager vos documents et données de santé en toute confidentialité, avec les professionnels de santé de votre choix.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur  
<https://www.monspacesante.fr>

# DATAVIZ médecin traitant

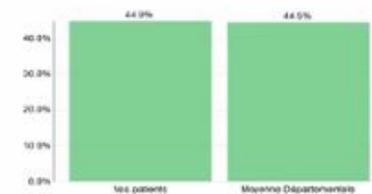
Profil accessible sur  
amelipro

## POLYMÉDICATION CHEZ VOS PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS VOUS AYANT DÉCLARÉ COMME MÉDECIN TRAITANT

### Polymédication :

Un patient est considéré comme polymédiqué lorsqu'il s'est vu délivrer au moins 5 molécules différentes, au moins 3 fois sur la période observée, quelque soit le médecin prescripteur.

### Taux de patients âgés de 65 ans et plus polymédiqués



145

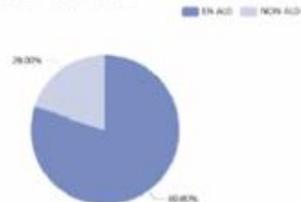
de vos patients âgés de 65 ans et plus sont polymédiqués

8

molécules délivrées en moyenne à vos patients polymédiqués



### Statut ALD de vos patients polymédiqués



### Répartition de vos patients polymédiqués par classe d'âge



### Répartition de vos patients polymédiqués par sexe



## CLASSES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS DÉLIVRÉES À VOS PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS HYPERPOLYMÉDIQUÉS

Top 10 des délivrances :	Classe thérapeutique ou principe actif :	Nb de boîtes par patient :	Part de vos patients hyperpolymédiqués concernés :
1	PARACÉTAMOL	50	70.3%
2	BENZODIAZEPINE ANXÉLYTIQUE	20	27.0%
3	ANTITHROMBOTIQUES	11	48.0%
4	DIURÉTIQUES	16	29.7%
5	SUPPLÉMENTS MINÉRAUX	29	16.2%
6	PARACÉTAMOL ASSOCIÉ	56	6.1%
7	ANALGESIQUES	72	5.4%
8	LAXATIFS	20	16.2%
9	INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS	11	27.0%
10	MÉDICAMENTS DU DIABÈTE	10	27.0%

## CLASSES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS DÉLIVRÉES À VOS PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS HYPERPOLYMÉDIQUÉS ET SUSCEPTIBLES D'ÊTRE DÉPRESCRITES

Top 5 des déprescriptions possibles :	Classe thérapeutique ou principe actif :	Nb de boîtes par patient :	Part de vos patients hyperpolymédiqués concernés :
1	PARACÉTAMOL	50	70.3%
2	BENZODIAZEPINE ANXÉLYTIQUE	20	27.0%
3	PARACÉTAMOL ASSOCIÉ	56	6.1%
4	LAXATIFS	20	16.2%
5	INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS	11	27.0%



4 Entretien de compréhension

OMAGE



## 4.1 Contexte

### Contexte

- Conception dans le cadre du programme éducatif **OMAGE** (Optimisation des Médicaments chez les patients **AGEs**) en Ile de France
- Développé pour établir un diagnostic éducatif destiné aux patients poly-pathologiques âgés en sortie d'hospitalisation



### Objectif

- Temps structuré d'**écoute active** du patient à un moment de son parcours de soin
- Création/ renforcement de l'alliance thérapeutique
- Co-construction du plan de soins (et d'aides)
- Augmentation de la pertinence des soins et de l'adhésion du patient



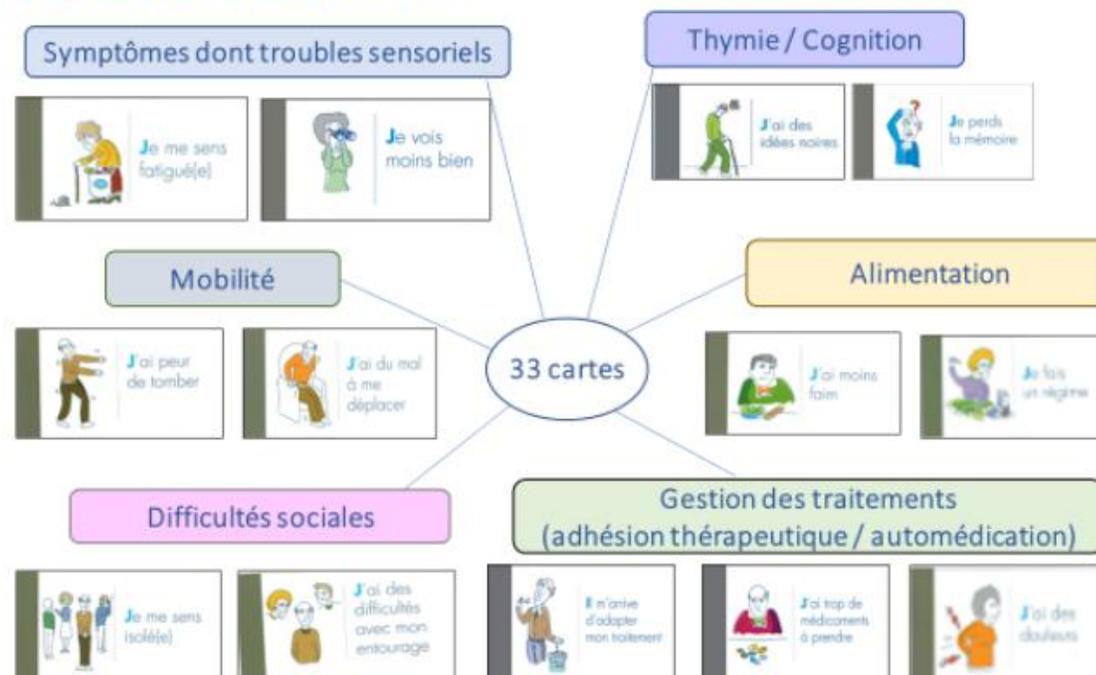
## 4.2 Présentation de l'outil



### Entretien de compréhension - Jeu de carte OMAGE

- Permet au patient de mener lui même l'entretien en **choisissant les cartes**
- Position d'écoute du **professionnel de santé**

→ 33 cartes qui explorent :



### Cartes

- Dessins + verbatims
- Essentiellement des symptômes
  - **À fort impact sur la qualité de vie** (thymie, cognition, alimentation, mobilité, tbles sensoriels..)
  - Communs à la **plupart des pb de santé** (maladie, EI médicamenteux)

## 4.2 Présentation de l'outil



### *Mener un entretien de compréhension OMAGE*



#### Intervenant

Personne formée à l'entretien de compréhension  
*médecins, pharmaciens, infirmiers, préparateurs, aides-soignants, rééducateurs, psychologues...*



#### Durée

20 min environ



#### Quand le réaliser

A n'importe quel moment du parcours de soin du patient



#### Déroulé

5 étapes

## 4.2 Présentation de l'outil

1

Présentation

- Intervenant
- Entretien (*objectif, durée, modalités*)

2

Choix des cartes par le patient et exploration par le professionnel

- Lien symptômes / automédication
- Temporalité, intensité
- Observance

3

Vérification qu'un point important n'a pas été omis

✓ vérifié

4

Choix de la priorité patient « du moment »

- Priorité actuelle parmi les cartes

5

Synthèse par le professionnel avec validation du patient

- Résumé par l'intervenant et validation patient
- Mise en évidence des liens et forces
- Rédaction d'une synthèse pour les autres professionnels

## 4.3 En pratique en région NA



### Formations à l'entretien de compréhension

- Formations organisées par l'OMEDIT NAGG en lien avec l'OMEDIT Idf
- Gratuit
- Planning en cours



Date à venir

QUI ?

Professionnels de tous les secteurs

*médecins, pharmaciens, infirmiers, préparateurs, aides-soignants, rééducateurs, psychologues...*

Couplage à l'activité de conciliation médicamenteuse

Gériatrie mais pas que... extension

*polypathologies, polymédiqués, complexes*

## 4.3 En pratique en région NA



### Déroulé



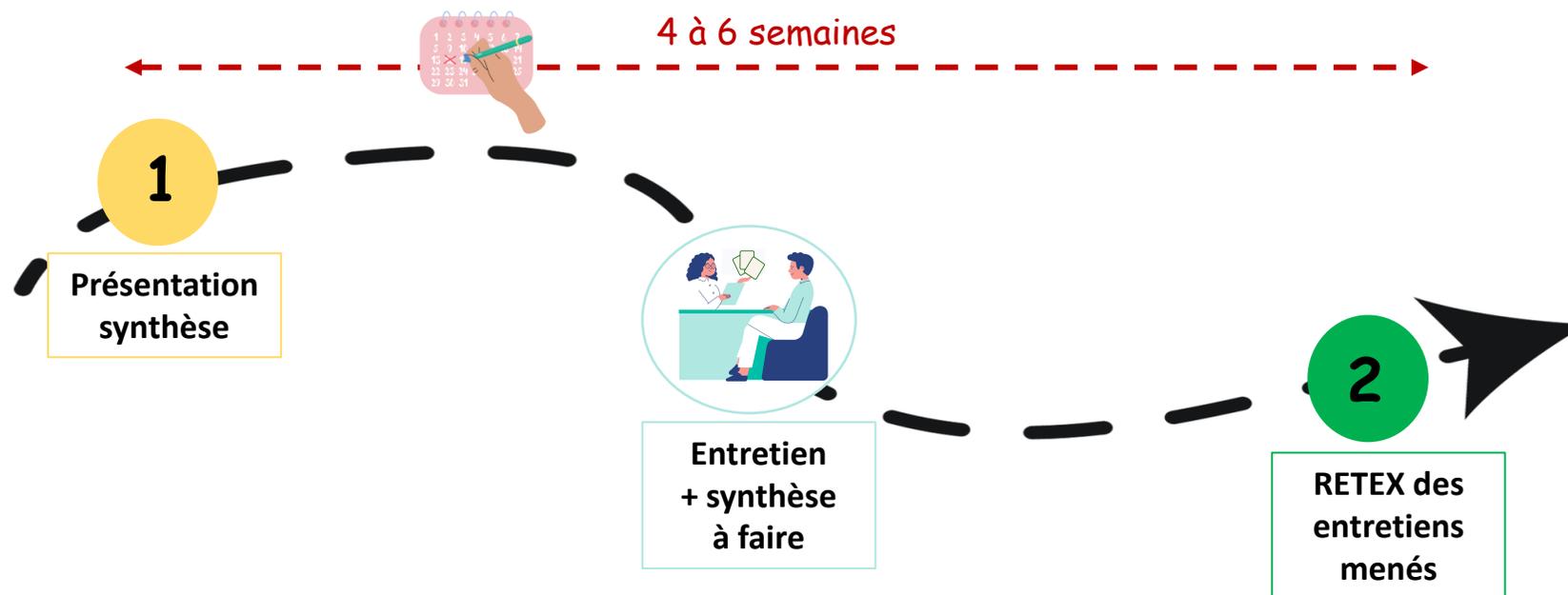
2 sessions en distanciel (visio)



1h30



12 – 15 personnes par session





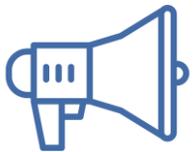
5

# Retours d'expérience





# 5.1/ Retour d'expérience du CH Agen-Nérac



Dr GORCE Thomas, Pharmacien Gérant - Chef de service CH Agen-Nérac





# 04/2023 : Evaluation des prescriptions

- Utilisation de l'outil Omedit pour faire une évaluation des MPI dans les traitements habituels d'une unité de Court Séjour Gériatrique 30 lits
  - Criblage de tous les patients hospitalisés (30 patients, 88,8 ans en moyenne) avec la grille
  - Restitution auprès des praticiens
  - Résultats :
    - 6,9 Médicaments prescrits dans traitement habituel
    - 21 MPI retrouvés (0,7 par prescription), 50 % de prescriptions avec au moins 1 MPI.
    - IPP (6 MPI) BZD à ½ vie longue (5 MPI), anticholinergique en ttt incontinence (3 MPI)





# 05/2023 : Mise en place de conciliation d'entrée et de revue de thérapeutique

- Augmentation de temps de vacation pharmacien + arrivée d'un interne Pharmacie Clinique, puis arrivée Dr Junior en Novembre 2023
- Mise en place du Module conciliation HM
- 2 Unités de soins : Post Urgences Médicales (20 lits) et Court séjour Gériatrique (30 lits)
- Critères patients :
  - Patient de plus de 75 ans
  - Patient avec plus de 5 médicaments dans son traitement habituel
  - Mode de vie : Domicile
  - Motif d'hospitalisation : Chute ou décompensation potentiellement d'origine médicamenteuse
  - Traitement habituel comprenant un Médicament Potentiellement Inapproprié.





# Méthode de revue thérapeutique

- Réalisation du BMO selon bonnes pratiques
- Criblage des prescriptions dans l'outil OMEDIT
- Réunion Pluridisciplinaire (Médecin/Pharmacien/+/- IDE et Cadre) avec analyse du BMO, des MPI et modification de traitement si nécessaire
- Réalisation d'une observation pharmaceutique (Compte rendu de conciliation) intégré dans le CRH.





# Résultats (Mai à Novembre 2023)

- 71 patients inclus
- 75 MPI retrouvés
  - IPP 61%
  - BZD 8%
  - Anticoagulant et anti agrégant 8%
- 69 Interventions Pharmaceutiques avec proposition de modification
  - 64% des MPI ont été arrêté
- Evaluation du lien ville-hôpital (questionnaire de satisfaction Officine)
  - 49 réponses sur 118
    - 96% souhaiteraient recevoir le CR de conciliation
    - Seulement 53% utilisent une messagerie sécurisée
    - Moyen de diffusion (PAACO)

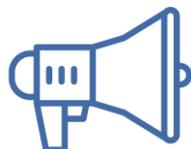


# Devenir?

- Conciliation sur demande (formulaire sur DPI) pour extension aux autres unités
- Sensibilisation communauté médicale via Journée d'actualité médicale et CME.
- Pérennisation de l'activité?
  - Repose aujourd'hui sur DJ
  - Difficulté de recrutement +++
- Difficultés pour conciliation de sortie.
- Travail à venir : Mémoire de DES : Devenir à 3 et 6 mois des dé prescriptions réalisées lors des revues thérapeutiques



## 5.2/ Retour d'expérience du CH de Dax



Dr Sandrine PAPON, médecin gériatre, présidente du COMEDIMS, CH de Dax  
Dr Camille GELAS, Pharmacien CH de Dax



# Pharmacie clinique au CH de Dax

- Revues de prescription en EHPAD mises en place en 2020
- Conciliation médicamenteuse (CM) d'entrée et de sortie

Mise en place en 2015



Essor en 2018 :  
2 services de  
chirurgie et un SSR :  
par un pharmacien



Janvier 2023 :  
création d'une Equipe  
Mobile de Pharmacie  
Clinique

# Revue de prescription en EHPAD : contexte



- Résidents d'EHPAD : patients âgés, comorbidités, souvent polymédiqués

- Liste de traitements souvent lourde, sans (ou peu) de révision
  - ❖ Médecin coordonnateur (MC) présent mais dont ce n'est pas le rôle
  - ❖ Médecins traitants (MT) pas forcément engagés dans cette voie
  - ❖ Pharmaciens de ville n'ont pas accès aux dossiers patients

- Nécessité de revue de prescriptions pour :
  - ❖ s'assurer de l'intérêt de chaque ligne de traitement
  - ❖ s'assurer du respect des doses et posologies en fonction de l'état clinico-biologique
  - ❖ réduire la iatrogénie et les hospitalisations liées aux médicaments
  - ❖ réduire les coûts

→ Formation d'un binôme pharmacien clinicien/gériatre

# Revue de prescription en EHPAD : mise en place



## Réévaluation des traitements :

- dossier patient informatisé (DPI) : antécédents, médicaments, bilan biologique
- données manquantes → MC
- avis spécialistes

Rédaction + envoi d'un compte rendu avec les propositions d'optimisation de traitement : MT, MC, DPI

Vérification +/- hebdomadaire prescriptions pour évaluer la prise en compte des interventions pharmaceutiques (IP)

# Revue de prescription en EHPAD : résultats

61 revues de  
prescription

Age moyen = 87 ans  
(82 % femmes)

- 11 résidents avec MT  
extérieur au CH
- 50 résidents avec MC  
comme MT

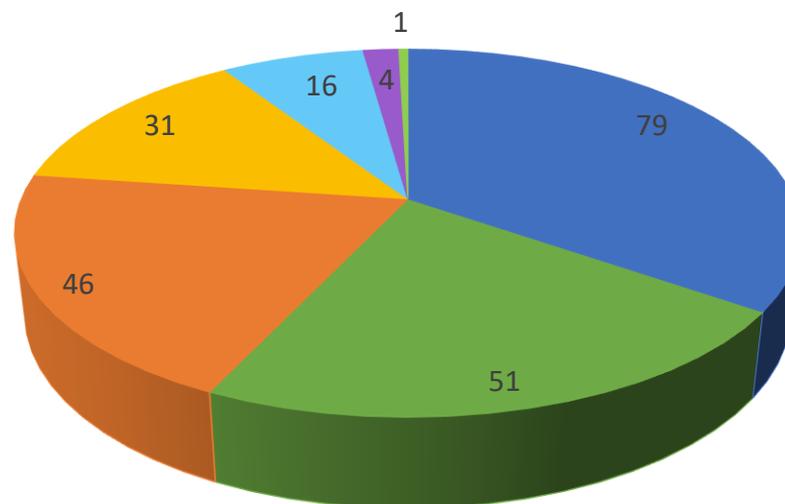
Avis pris auprès de  
spécialistes pour 5  
résidents

**228 IP**

- min : 0 IP/patient ; max : 8  
IP/patient
- 3,7 IP/patient en moyenne

# Revue de prescription en EHPAD : résultats

## Caractéristiques des IP



- Arrêt
- Adaptation posologique
- Ajout
- Surveillance biologique
- Modification moment/rythme de prise
- Surveillance clinique
- Ajout d'une CI dans DPI

→ 77 % des IP acceptées

Commission régionale OMEDIT Personne âgée – 17/01/2024

# Equipe Mobile de Pharmacie Clinique (EMPC)



Afin d'étendre la CM à l'ensemble de nos services  
→ création d'une EMPC composée de  
4 PPH + 2 pharmaciens

Les CM sollicitées par les services sont réalisées en priorité

En absence de demande, réalisation CM dans des services cibles + des critères patients définis (>70 ans + polymédiqués)

# EMPC : formation des PPH



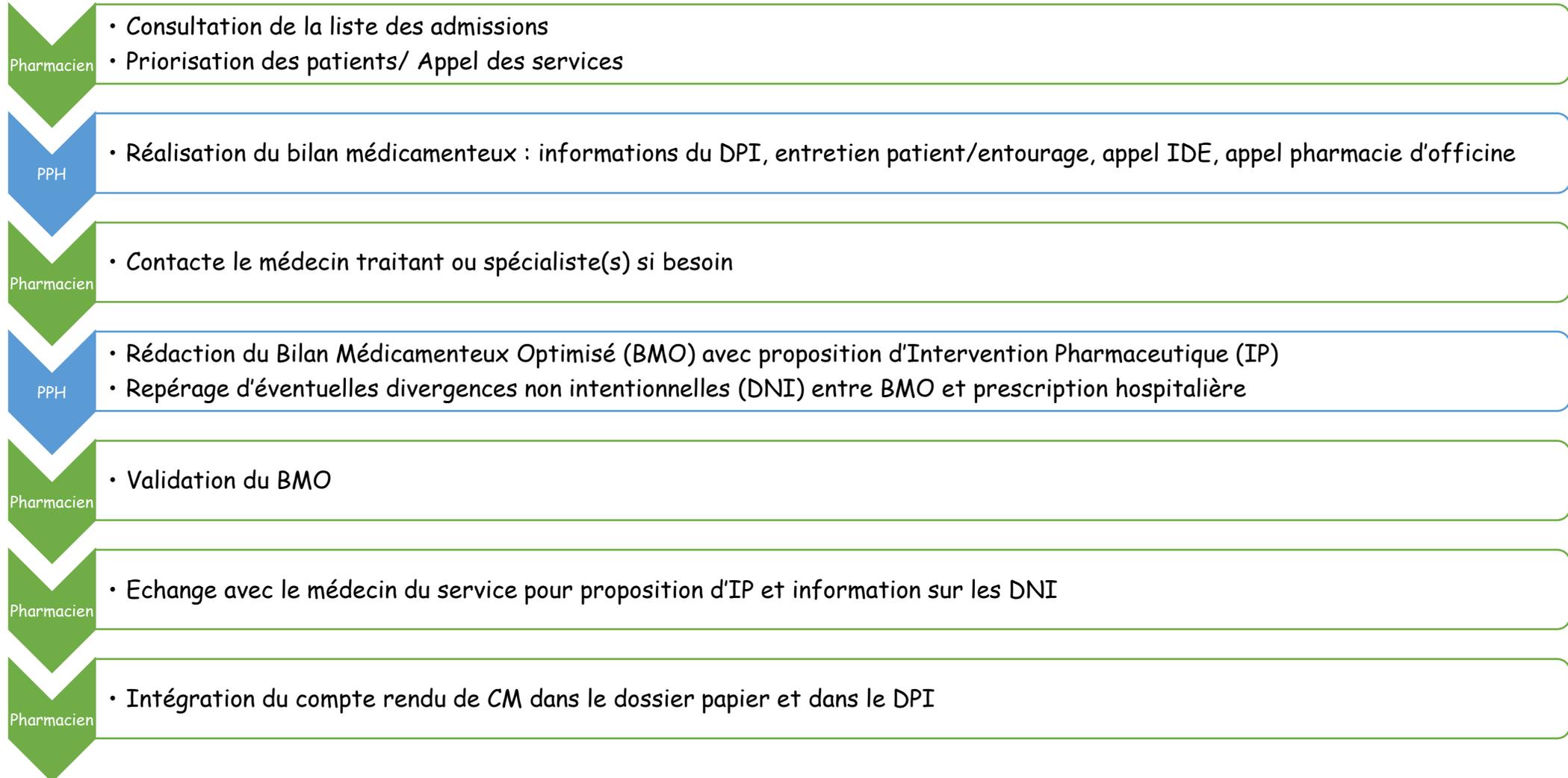
Formation en interne par les pharmaciens

Une phase de formation théorique d'une semaine

Une phase de formation pratique (durée variable selon le PPH)

→ Habilitation des PPH par les pharmaciens

# EMPC : processus de CM



# EMPC : bilan à 1 an du déploiement

5/6 PPH ont été habilités + 1 PPH en cours de formation

**863** CM d'entrée réalisées dans 13 services (CSG, LPMED, chirurgie orthopédique++)

81 % des CM à l'initiative de l'EMPC, 18 % sur demande des services, 1 % proposé au médecin du service

**488 DNI** (0;11/CM) :

- omission (51 %), erreurs de posologie (24 %) et médicaments non indiqués (16 %)
- 32% des CM avec au moins 1 DNI

**880 IP** (0;11/CM) proposés et 53 % des CM avec au moins 1 IP

→ CM et IP triplées

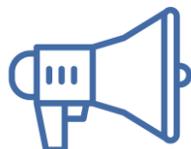
# Projets à venir



- Déploiement des revues de prescriptions aux EHPAD extérieurs au CH (sollicitation d'un médecin coordonnateur de 2 EHPAD)
- Collaboration avec l'EMOG (intra + extra hospitalier)
- Conciliation en cardiologie chez les patients insuffisants cardiaques : impact sur les réhospitalisations ?



## 5.3/ Retour d'expérience du CHU de Limoges



Dr Jérémy JOST, Pharmacien responsable de l'Unité Pharmacie Clinique, Enseignement et Recherche du CHU de Limoges



# STOP - IATRO

*Start Therapeutic **OP**timization and **IAT**rogenesis prevention on **Older People***



## France

- 1) CHU de Toulouse
- 2) CHU de Limoges



PI : Pr Cestac



PI : Dr Jost

## Spain

- 3) Fundació Salut i Envel·liment-Universitat Autònoma de Barcelona
- 4) Instituto de Investigación Biomédica de Málaga



## Portugal

- 5) Portugal-Guarda Instituto Politécnico da Guarda
- 6) Portugal-Aveiro Universidade de Aveiro – Institut  Biomedicir (iBiMED-UA)



PRIORIDAD 3 | PRIORITÉ 3 | PRIORIDADE 3

Objetivo específico | Objectif spécifique | Objetivo específico 4.5

Acrónimo Acronyme Acrónimo	Código proyecto Code projet Código projeto	Importe FEDER solicitado Montant FEDER sollicité Montante FEDER solicitado	Importe FEDER aprobado Montant FEDER approuvé Montante FEDER aprovado
STOP IATRO	S1/4.5/F0063	1.325.152,50	1.325.152,50

## Priorité 3



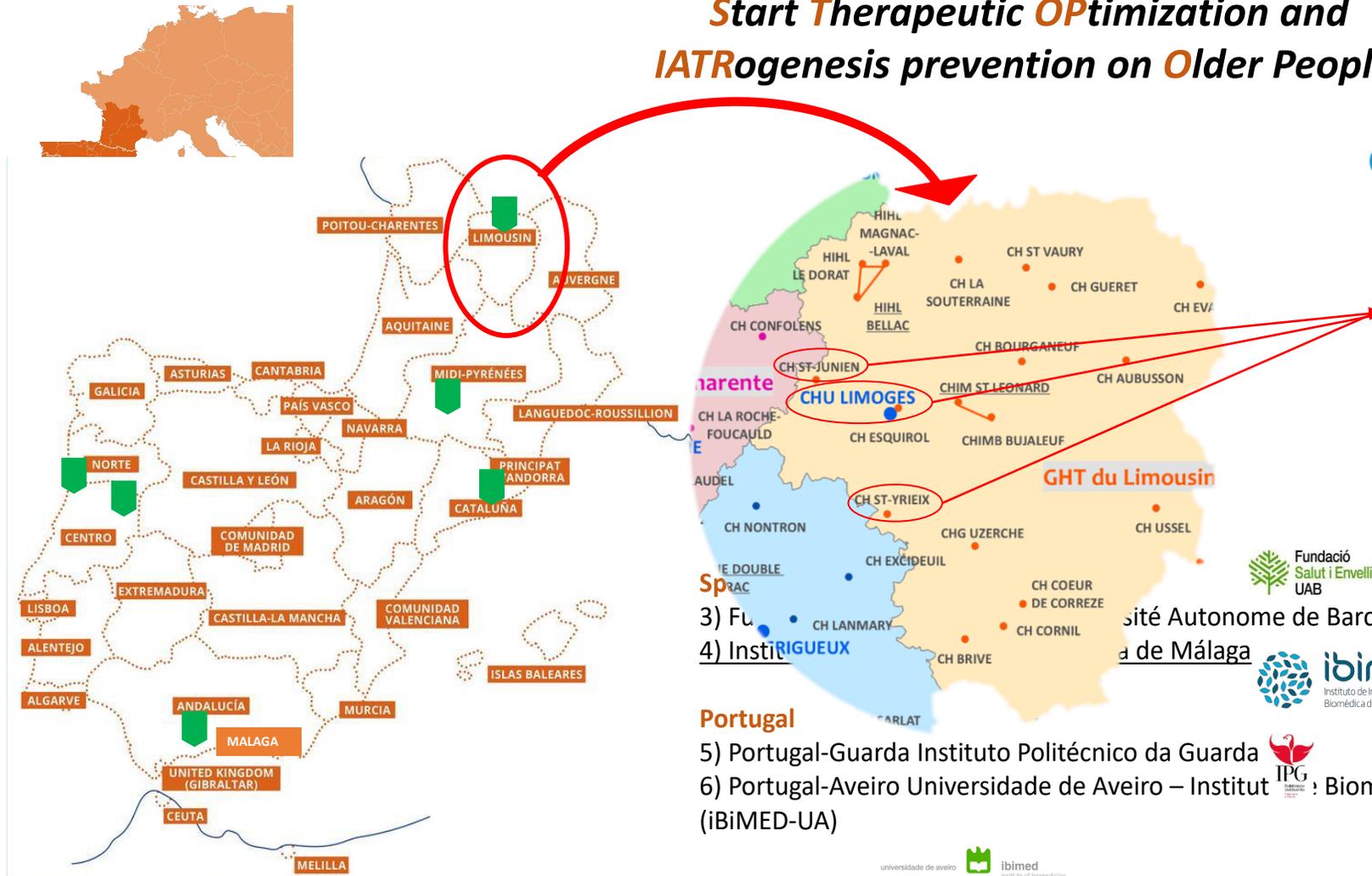
### Priorité 3 : Promouvoir la cohésion sociale et l'équilibre territorial et démographique du SUDOE à travers l'innovation sociale, la valorisation du patrimoine et les services

**Objectif (2.1.1. / RSO4.5.) :** « Garantir l'égalité d'accès aux soins de santé et favoriser la résilience des systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires, et promouvoir le passage d'une prise en charge institutionnelle à une prise en charge familiale ou de proximité. »

Une des priorités fortes de ce programme est **le vieillissement de la population**. Il s'agira de mobiliser les acteurs pour renforcer la cohésion de **l'urbain vers le rural** par le levier de l'innovation sociale, l'innovation technologique, lutter contre la désertification médicale via le numérique (télémédecine) ou autre modèle. Renforcer les politiques publiques pour renforcer les populations sur les territoires par des actions concrètes et transposables.

# STOP - IATRO

Start *Therapeutic OPTimization* and  
*IATROgenesis prevention on Older People*



3) Institut de Recerca Biomèdica de Barcelona  
4) Institut de Recerca Biomèdica de Málaga



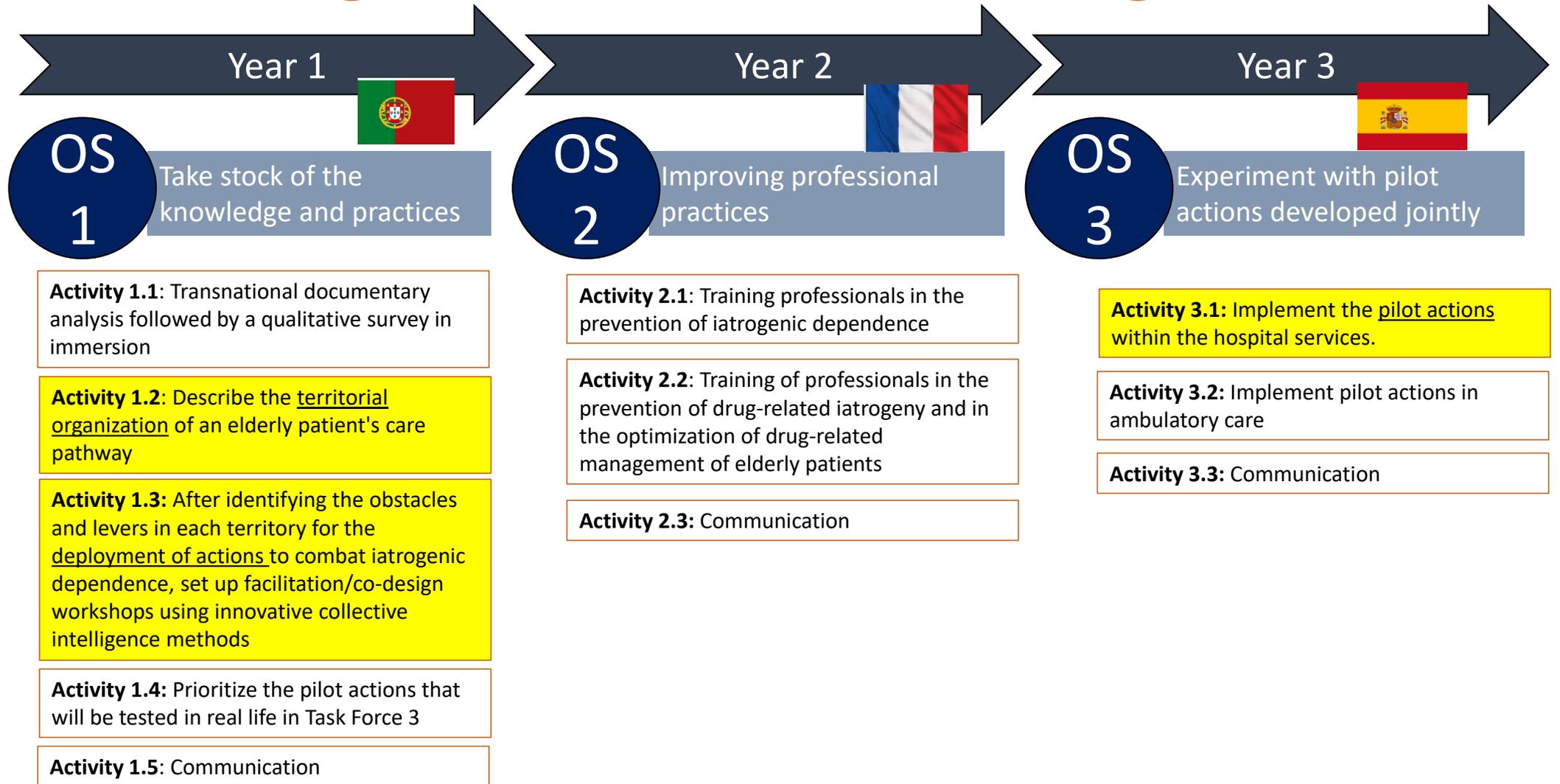
Portugal

- 5) Portugal-Guarda Instituto Politécnico da Guarda
- 6) Portugal-Aveiro Universidade de Aveiro – Institut de Recerca Biomèdica de Málaga (iBiMED-UA)



# WORK PLAN DIAGRAM

EN





OS  
1

Take stock of the knowledge and practices

**Activity 1.1:** Transnational documentary analysis followed by a qualitative survey in immersion

**Activity 1.2:** Describe the territorial organization of an elderly patient's care pathway

**Activity 1.3:** After identifying the obstacles and levers in each territory for the deployment of actions to combat iatrogenic dependence, set up facilitation/co-design workshops using innovative collective intelligence methods

**Activity 1.4:** Prioritize the pilot actions that will be tested in real life in Task Force 3

**Activity 1.5:** Communication

## Activité 1.1 : analyse documentaire + enquête qualitative

→ connaissances et pratiques sur la dépendance iatrogène et de la iatrogénie médicamenteuse

- questionnaire en ligne
- entretiens semi-directifs
  - 4 profils de professionnels :
    - Aide-Soignant, Infirmier Diplômé d'Etat, Pharmacien, Médecin

## Activité 1.2 : Décrire l'organisation territoriale du parcours de soins d'un patient âgé (hôpitaux et secteurs ambulatoires)

## Activité 1.3 : Identification freins / leviers territoire au déploiement d'actions

→ ateliers de facilitation/co-conception

→ identifier des stratégies pour assurer la continuité de la prise en charge des patients âgés entrants ou sortants de l'hôpital

→ via l'amélioration de la coordination V/H

## **Activité 2.1 : Formation sur la prévention de la dépendance iatrogène :**

- 1-Clarifier les concepts (déclin fonctionnel, dépendance iatrogène et évitable)
- 2-S'approprier un modèle de prévention
- 3-Identifier les patients à risque
- 4-Elaborer un plan d'action et mettre en œuvre des stratégies d'intervention
- 5-Garantir un vieillissement en bonne santé de la population : présentation du programme ICOPE de l'OMS

OS  
2

Improving professional practices

**Activity 2.1:** Training professionals in the prevention of iatrogenic dependence

**Activity 2.2:** Training of professionals in the prevention of drug-related iatrogeny and in the optimization of drug-related management of elderly patients

**Activity 2.3:** Communication

## **Activité 2.2 : Formation à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et à l'optimisation de la PECM :**

- 1- Règles de bases de l'optimisation de la PECM,
- 2-Savoir réaliser des entretiens pharmaceutiques structurés,
- 3-Comprendre la méthodologie d'analyse d'ordonnance en gériatrie (ex : PPI)
- 4-Savoir hiérarchiser et prioriser les IP, les contextualiser, argumenter avec les justifications scientifiques adéquates,
- 5-cas cliniques et jeux de rôle
- 6-Encourager le bon usage des médicaments auprès des seniors



### **Activité 3.1 : actions pilotes au sein des services hospitaliers**

Doit s'inscrire dans le projet d'établissement  
Démarche d'amélioration continue de la qualité,

**Activity 3.1:** Implement the pilot actions within the hospital services.

**Activity 3.2:** Implement pilot actions in ambulatory care

**Activity 3.3:** Communication

### **Activité 3.2 : actions pilotes en ambulatoire**

**Activité 3.3 : Information sur le bien vieillir (ICOPE) et le bon usage des médicaments (PESBUM),** seront proposées directement aux personnes âgées

Interventions dans les structures seront mixtes :

- planifiées (calendrier établi en avance)
- sur demande (non programmées)





Merci pour votre attention

*Des questions ?*

