

# Accompagnement au recueil de l'indicateur « Réduction des MPI chez la personne âgée »

---

Frédéric GERVAIS – Pharmacien OMEDIT ARA  
Anne-Laure BETEGNIE-DUPRE – Pharmacien CHANGE  
Emeline PINEAU-BLONDEL – Pharmacien CHANGE  
Christine CADILLAC – Pharmacien ARS

19/10/2022



# Menu du Webinaire

---

- ① Présentation de l'indicateur : rationnel, enjeux et réalisation *(20 min)*
- ② Audit de pertinence : exemple du CHANGE *(20 min)*
- ③ Echanges et questions *(20 min)*



# Rationnel de l'indicateur et enjeux

- Des variations physiologiques et pathologiques liées à l'âge
  - ⇒ Une polypathologie à l'origine de polymédication
  - ⇒ Une sensibilité accrue et une réponse exagérée à certains médicaments
  - ⇒ Une évolution de la balance B/R de ces médicaments
- Nécessité de « mieux prescrire » pour améliorer la prise en soins médicamenteuse
  - ⇒ Overuse: Le traitement est-il toujours indiqué ?
  - ⇒ Misuse: La balance B/R est-elle toujours en faveur du patient ?
    - « Médicaments Potentiellement Inappropriés »
  - ⇒ Underuse: Les traitements efficaces sont-ils prescrits ?



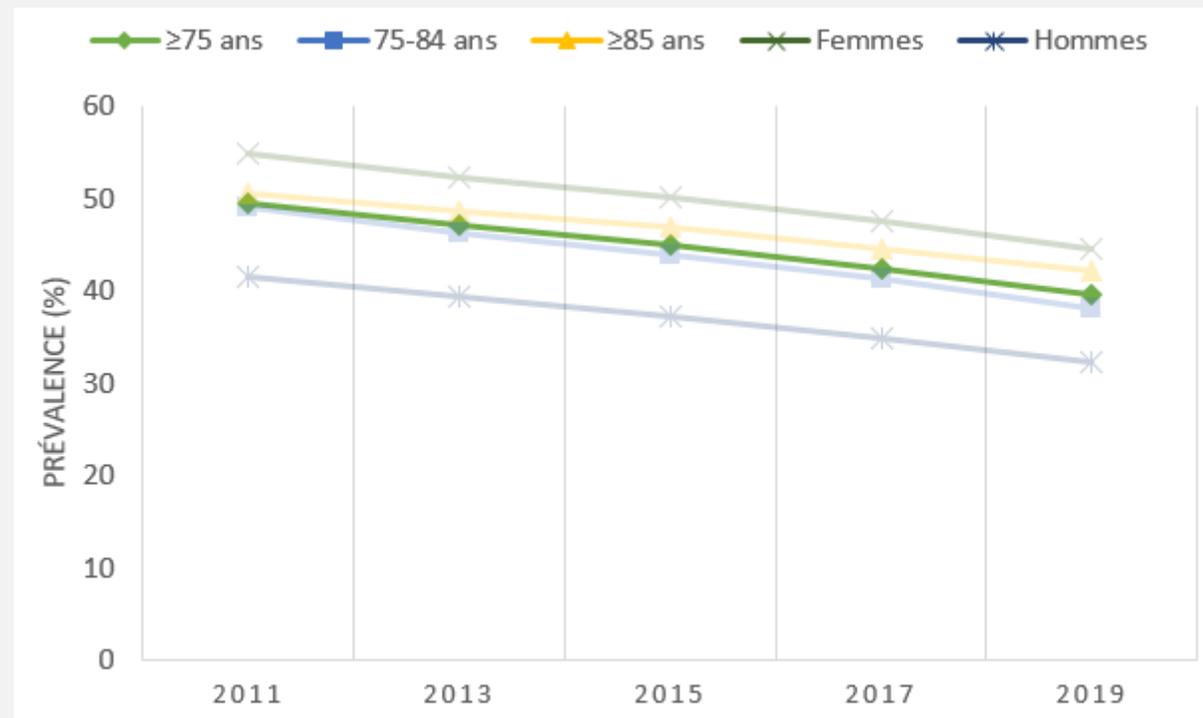
# Rationnel de l'indicateur et enjeux

- Médicaments Potentiellement Inappropriés
  - Prévalence MPI : entre 46% et 56% en fonction de l'outil utilisé
    - BZD, psychotropes, anticholinergiques, AAP, AINS
  - Prévalence omissions potentielles : 55%
    - Vitamine D et ostéoporose/fracture de fragilité, AAP et coronaropathie, IEC et insuffisance cardiaque
- Impact sur hospitalisation liée à un EIM (AOR 1.91, IC 95% 1.21-3.01)
- Impact sur la survenue d'un EIM (AOR 1.26, IC 95% 1.11-1.43)
- Impact sur le déclin fonctionnel (AOR 1.60, IC 95% 1.28-2.01)



# Rationnel de l'indicateur et enjeux

- Médicaments Potentiellement Inappropriés en France





# Rationnel de l'indicateur et enjeux

- Comment identifier les MPI ?

## CRITÈRES EXPLICITES

=

Listes de MPI (Critères REMEDIES, Liste de Laroche, Critères STOPP/START, EU(7)-PIM...) établies à partir de consensus d'expert



## CRITÈRES IMPLICITES

=

Evaluation clinique individuelle (ATCD et comorbidités du patient, résultats de biologie, statut robuste/fragile/dépendant, observance du patient, effets indésirables, difficultés à la prise des médicaments)

=> Nécessité d'associer les 2 approches



## Indicateur R7 La réduction de la prescription de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgé.

- Indicateurs quantitatifs

- Objectif 1: Evaluer l'**impact de l'action hospitalière** sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant **au moins 2 MPI**.
- Objectif 2: Evaluer l'**impact du lien hôpital-ville** sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant **au moins 2 MPI**.



## Indicateur R7 La réduction de la prescription de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgé.

---

- Indicateurs quantitatifs

- Objectif 1: Evaluer l'**impact de l'action hospitalière** sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant **au moins 2 MPI**.
- Objectif 2: Evaluer l'**impact de l'action hôpital-ville** sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant **au moins 2 MPI**.

**Extraction automatique SNDS**



## Indicateur R7 La réduction de la prescription de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgé.

---

- Indicateurs qualitatifs

- Objectif 3: Déploiement d'**actions visant à réduire la prescription de MPI** pour les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec une DMS de 7 jours et plus

- ⇒ Des sous-indicateurs qualitatifs privilégiés
- ⇒ Des sous-indicateurs qualitatifs adaptables à chaque ES
- ⇒ Des sous-indicateurs qualitatifs incités et valorisés



## Objectif 3: Déploiement d'actions visant à réduire la prescription de MPI pour les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec une DMS de 7 jours et plus

3.1

Mettre en place une équipe référente sur la prescription chez le sujet âgé.

3.2

Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.

⇒ Audit de prévalence (obligatoire)

⇒ Audit de pertinence (optionnel)

⇒ Plan d'action



**Guide méthodo des audits OMEDIT**



**Grille OMEDIT audit de prévalence  
Grille OMEDIT audit de pertinence**



**Guide CAQES OMEDIT**



## 3.2 Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.

### CRITÈRES EXPLICITES

=

Listes de MPI (Critères REMEDIES, Liste de Laroche, Critères STOPP/START, EU(7)-PIM...) établies à partir de consensus d'expert



### CRITÈRES IMPLICITES

=

Evaluation clinique individuelle (ATCD et comorbidités du patient, résultats de biologie, statut robuste/fragile/dépendant, observance du patient, effets indésirables, difficultés à la prise des médicaments)



Audit de prévalence



Audit de pertinence



## 3.2 Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.

---

- **Audit de prévalence :**
  - Obligatoire
  - Basé sur les 5 classes médicamenteuses ciblées par le groupe de travail régional
  - **Utilisation de la grille de prévalence OMEDIT**
  - Au minimum sur 50% des patients de 75 ans et plus présents à « un instant t » dans les US ayant une DMS de 7 jours et plus.
  - Sur les ordonnances de sortie ou 24h avant la sortie



## 3.2 Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.

- Audit de pertinence :
  - Optionnel
  - **Proposition** de grille de pertinence OMEDIT => **Adaptabilité**



Outils sur site internet OMEDIT

- Minimum 1/3 des patients prévalents inclus dans l'audit de prévalence
- Sur les ordonnances de sortie ou 24h avant la sortie



## 3.2 Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.

- Construction d'indicateurs de suivi / pilotage
  - Selon fiche profil ES et les résultats de l'audit et les orientations souhaitées par l'ES et l'équipe référente MPI => **Adaptables et dimensionnables**
  - Au moins 3 indicateurs de suivi en lien avec les 5 classes médicamenteuses ciblées
  - Incitation à proposer des indicateurs de suivi en lien avec la pertinence de la prescription.
  - Incitation à proposer des indicateurs de suivi pour mesurer l'efficacité du lien ville-hôpital.

=> **Construire un plan d'action adapté et réalisable à l'échelle de chaque ES**



Accompagnement OMEDIT sur demande



## Objectif 3: Déploiement d'actions visant à réduire la prescription de MPI pour les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec une DMS de 7 jours et plus

3.3

Réalisation d'actions de formation initiale afin d'éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI.

3.4

Réalisation d'actions de formation continue par l'équipe référente pour éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI.

=> Formations adaptées aux résultats de l'audit



Guide CAQES OMEDIT



Outils sur site internet OMEDIT



Webinaire « Revue de prescription »



Objectif 3: Déploiement d'actions visant à réduire la prescription de MPI pour les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec une DMS de 7 jours et plus

---

3.5

## Evolution des indicateurs de suivi

- ⇒ Chaque année sauf la 1iere
- ⇒ Selon les indicateurs définis dans le plan d'action
- ⇒ Bilan triennal la dernière année



# Focus sur l'audit de pertinence

---

- Exemple d'utilisation de la grille de pertinence OMEDIT sur un cas pratique

## Compte rendu d'hospitalisation :

**Mme B**, 85 ans, veuve depuis 2015, a été hospitalisée pour :

- syndrome grippal
- décompensation cardiaque globale

Séjour marqué par une insuffisance rénale aiguë, une désorientation /somnolence, un test d'hypotension orthostatique positif

### Mode de vie :

- vit en EHPAD depuis 6 mois
- 2 chutes en 3 mois

### Antécédants:

- Diabète de type 2 depuis 10 ans
- ACFA paroxystique
- Insuffisance cardiaque
- Douleurs arthrosiques
- HTA
- IRC stade IIIb

(créatinine de base 120 µmol/L - DFG CKD-Epi 35 ml/min)

## Ordonnance de sortie

Dr DUPONT Anne  
Médecine Générale  
RPPS ...  
CH ...

Mme B  
Née le 01/7/1937  
1.62m, 83kg

Le 01/02/2022

### A la sortie :

TA 120/80, pouls 70 bpm  
Bio : Créatinine 135 µmol/l  
-> DFG CKD-Epi 31 ml/min

**Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0  
**Monotildiem** LP 200mg : 1-0-0  
**Kardegic** 160mg : 1-0-0  
**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2  
**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1  
**Metformine** 1000 mg : 1-0-1  
**Citalopram** 20 mg : 1-0-0  
**Valsartan** 160 mg : 1-0-0  
**Simvastatine** 20mg : 0-0-1  
**Tramadol** LP 100mg : 1-0-1  
**Furosémide** 40 mg : 1-0-0  
**Atarax** : 1cp au coucher  
**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0  
**Pantoprazole** 40mg : 1-0-0  
**ZymaD** 50 000UI tous les mois

Indicateur R7 3.2: Réduction de la prescription médicamenteux potentiellement inappropriés chez la personne âgée  
GRILLE AUDIT PERTINENCE MEDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS

**Rappel ordo :**  
**Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0  
**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0  
**Kardegic** 160mg : 1-0-0  
**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2  
**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1  
**Metformine** 1000 mg : 1-0-1  
**Citalopram** 20 mg : 1-0-0  
**Valsartan** 160 mg : 1-0-0  
**Simvastatine** 20mg : 0-0-1  
**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1  
**Furosémide** 40 mg : 1-0-0  
**Atarax** : 1cp au coucher  
**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0  
**Pantoprazole** 40mg : 1-0-0  
**ZymaD** 50 000UI tous les mois

MEDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS

OUI / NON / NSP / NA

Système cardiovasculaire		
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
MPI_2	B-bloquant et vérapamil ou diltiazem en association	OUI
MPI_3	Diltiazem ou vérapamil en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV	OUI
MPI_4	Antihypertenseurs à action centrale (cf liste OMEDIT) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs	NA
MPI_5	Dérivés nitrés de longue durée d'action en dehors d'une insuffisance coronarienne symptomatique (isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate, patchs de trinitrine)	NA
MPI_6	Inhibiteurs calciques à libération immédiate (nicardipine 20mg)	NON
MPI_7	Statine en prévention primaire	OUI

Antiagrégants et anticoagulants		
MPI_8	Aspirine à une dose > 160 mg/jour pendant plus d'un an	OUI
MPI_9	Antiagrégant plaquettaire en prévention primaire (absence d'indication)	OUI
MPI_10	Double antiagrégation plaquettaire supérieure à 1 an en prévention secondaire post syndrome coronarien aigu	NON
MPI_11	Double antiagrégation plaquettaire en prévention secondaire des AVC (sauf si SCA concomittant, stent coronarien < 12 mois ou sténose carotidienne serrée symptomatique)	NON
MPI_12	Association antiagrégant plaquettaire + anticoagulant (AVK ou AOD) >1 an en cas de FA et de CORONAROPATHIE en l'absence d'AOMI ou de nouvel élément vasculaire	NON
MPI_13	AVK ou AOD, pour une durée > 3 mois, en traitement, d'un premier épisode non compliqué, de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (sans facteur étiologique persistant)	NA
MPI_14	Posologie des AOD inappropriée ou AOD contre-indiqué (selon fonction rénale, poids et âge - cf RCP dabigatran ou rivaroxaban ou apixaban)	NA

**Rappel ordo :****Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0**Kardegic** 160mg : 1-0-0**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1**Metformine** 1000 mg : 1-0-1**Citalopram** 20 mg : 1-0-0**Valsartan** 160 mg : 1-0-0**Simvastatine** 20mg : 0-0-1**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1**Furosémide** 40 mg : 1-0-0**Atarax** : 1cp au coucher**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0**Pantoprazole** 40mg : 1-0-0**ZymaD** 50 000UI tous les mois**Système nerveux central et psychotropes**

MPI_15	Antidépresseurs tricycliques en 1ère intention pour la dépression OU en présence d'un syndrome démentiel et/ou en présence d'un glaucome et/ou en présence de troubles de la conduction et/ou en présence d'un ralentissement chronique d'un transit et/ou en présence d'une obstruction prostatique ou d'une histoire de rétention urinaire(amitryptiline, amoxapine, clomipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, maprotiline, trimipramine)	NA
MPI_16	Neuroleptiques phénothiazines et thioxanthènes en 1ère intention (chlorpromazine, levomepromazine, cyamemazine, propericiazine, pipothiazine, fluphenazine, metopimazine, flupentixol, zuclopenthixol)	NA
MPI_17	Neuroleptique en présence d'un syndrome parkinsonien (maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy) (SAUF clozapine et quetiapine)	NA
MPI_18	Anticholinergiques (trihexyphenidyle, tropatepine, biperidene) prescrits en traitement des syndromes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques chez les patients déments, délirants, non psychiatriques	NA
MPI_19	Benzodiazépines à demi-vie longue (cf liste OMEDIT + clobazam, nitrazepam, loflazepate)	NA
MPI_20	Antihistaminiques à effets sédatifs et anticholinergiques prescrits à visée anxiolytiques et hypnotiques (promethiazine, mequitazine, alimemazine, hydroxyzine, dexchlorpheniramine, brompheniramine, betamethasone+dexchlorpheniramine, cyproheptadine, doxylamine)	OUI
MPI_21	Vasodilatateurs cérébraux (ginkgo biloba, moxisylyte, pentoxifylline, piracetam)	NA

**Fonction rénale et prescriptions**

MPI_22	Un traitement prolongé par digoxine à une dose > 125 µg/jour en présence CI créat<30 ml/min	NA
MPI_23	Colchicine : - si CI créatinine < 30ml/min - OU à poso > à 0,5mg/j (ou 1mg/48h) si CI créatinine entre 30 et 60ml/min - OU à poso > 1mg/j si CI créatinine > 60ml/min en cas d'accès aigu de goutte ou autres accès aigus microcristallins	NA
MPI_24	Sulfamides hypoglycémiants si CI créatinine < à 30ml /min	NON
MPI_25	Metformine si CI créatinine < 30ml/min	NON

**Rappel ordo :****Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0**Kardegic** 160mg : 1-0-0**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1**Metformine** 1000 mg : 1-0-1**Citalopram** 20 mg : 1-0-0**Valsartan** 160 mg : 1-0-0**Simvastatine** 20mg : 0-0-1**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1**Furosémide** 40 mg : 1-0-0**Atarax** : 1cp au coucher**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0**Pantoprazole 40mg** : 1-0-0**ZymaD** 50 000UI tous les mois**Système digestif**

MPI_26	Inhibiteur de la pompe à protons (IPP) à la dose curative pour une durée > 8 semaines (esomeprazole 40mg/j, lansoprazole 30 mg/J, omeprazole 20mg/j, pantoprazole 40mg/j, rabeprazole 20mg/j)	OUI
MPI_27	IPP en traitement prolongé en l'absence d'indication	OUI

**Système respiratoire**

MPI_28	Benzodiazepine chez un insuffisant respiratoire (PaO2 < 60 mmHg ou SaO2 < 89 %) ou en cas de SAS non appareillé	NA
MPI_29	Théophylline dans la BPCO ou l'asthme	NA
MPI_30	Corticoïdes systémiques en traitement de fond de la BPCO modérée à sévère	NA

**Système musculo-squelettique**

MPI_31	AINS (y compris les topiques) en traitement au long cours OU en traitement aigu avec des facteurs de risque (HTA non contrôlée, insuff cardiaque, insuff renale, ATCD d'ulcère GD, asso à une corticothérapie, à un anticoagulant oral ou à un antiagrégant plaquettaire) (cf liste OMEDIT)	NA
MPI_32	Association colchicine+tiemonium+opium si crise de goutte ou lors de l'instauration d'un traitement hypouricémiant	NA
MPI_33	Colchicine > 6 mois en traitement préventif (en l'absence de contre-indication à l'allopurinol)	NA

**Système urinaire**

MPI_34	Anticholinergique en traitement de l'incontinence urinaire en présence de facteurs de risque (démence et/ou confusion et/ou glaucome et/ou hypertrophie bénigne de la prostate et/ou constipation et/ou cardiopathie décompensée) (oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine, foseterodine)	NA
MPI_35	Alpha-bloquant en présence d'une sonde urinaire au long cours (>1 mois) OU si hypotension orthostatique (alfuzosine, tamsulosine, silodosine)	NA
MPI_36	Anti-infectieux au long cours en traitement préventif d'infections urinaires (nitrofurantoïne...) OU nitrofurantoïne en traitement curatif > 7 jours	NA

**Rappel ordo :****Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0**Kardegic** 160mg : 1-0-0**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1**Metformine** 1000 mg : 1-0-1**Citalopram** 20 mg : 1-0-0**Valsartan** 160 mg : 1-0-0**Simvastatine** 20mg : 0-0-1**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1**Furosémide** 40 mg : 1-0-0**Atarax** : 1cp au coucher**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0**Pantoprazole** 40mg : 1-0-0**ZymaD** 50 000UI tous les mois**Système endocrinien**

MPI_37	Sulfamides hypoglycémiant (cf liste OMEDIT) en traitement du diabète de type 2 chez les sujets âgés « fragiles » ou « dépendants et/ou à la santé très altérée »	OUI
MPI_38	B-bloquants non cardiosélectifs (propranolol, carvedilol, sotalol...) chez un sujet diabétique traité par sulfamide, repaglinide ou insuline	NON

**Médicaments majorant le risque de chute (en cas d'ATCD de chutes fréquentes ou accélération du rythme de chutes dans les 3 derniers mois)**

MPI_39	Médicaments favorisant la confusion/somnolence : benzodiazepines à demi-vie longue, neuroleptiques, antidépresseurs sédatif (miansérine, mirtazapine), antihistaminiques de 1ère génération, antalgiques paliers 2 et 3, fluoroquinolones, agonistes dopaminergiques, médicaments anticholinergiques	OUI
MPI_40	Médicaments favorisant l'hypotension orthostatique : antihypertenseurs, alpha-bloquants, antidépresseurs imipraminiques, neuroleptiques, dérivés nitrés, antiparkinsoniens	OUI
MPI_41	Médicaments hypoglycémiant : sulfamides hypoglycémiant, insuline, repaglinide, tramadol	OUI

**Antalgiques**

MPI_42	Association antalgiques palier 2 + palier 3	NON
MPI_43	Tramadol chez les sujets déments OU si épilepsie OU si posologie > 200 mg/j	NON
MPI_44	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	NA

**Charge anticholinergique**

MPI_45	Utilisation concomitante de plusieurs (≥ 2) médicaments à effets anticholinergiques (cf liste OMEDIT)	NON
--------	---	-----

**Associations médicamenteuses**

MPI_46	Redondance pharmacologique (2 spécialités de la même classe pharmacologique) ex : 2 AINS, 2 antidépresseurs, 2 BZD, 2 neuroleptiques, 2 diurétiques de l'anse, 2 IEC, 2 Beta2-mimétiques inhalés (sauf si longue et courte durée d'action) dans l'asthme ou la BPCO, 2 opiacés (sauf si longue et courte durée d'action)	NON
MPI_47	Néphrotoxicité si association de médicaments néphrotoxiques : IEC, ARA II, AINS, anti-infectieux (aminosides, vancomycine, teicoplanine, amphotéricine B, aciclovir, valaciclovir, tenofovir, ganciclovir, cidofovir, pentamidine, foscarnet), methotrexate, lithium, produits de contraste iodés	NON

**Rappel ordo :****Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0**Kardegic** 160mg : 1-0-0**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1**Metformine** 1000 mg : 1-0-1**Citalopram** 20 mg : 1-0-0**Valsartan** 160 mg : 1-0-0**Simvastatine** 20mg : 0-0-1**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1**Furosémide** 40 mg : 1-0-0**Atarax** : 1cp au coucher**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0**Pantoprazole 40mg** : 1-0-0**ZymaD** 50 000UI tous les mois**OMISSIONS POTENTIELLES DE MEDICAMENTS POUR DES CONDITIONS A TRAITER/PREVENIR**

OUI / NON / NSP / NA

Système cardiovasculaire		
OMI_1	Anticoagulant dans la fibrillation auriculaire	NON
OMI_2	Antiagrégant plaquettaire en cas d'athérosclérose documentée (événement clinique ou imagerie) sauf si déjà sous anticoagulant pour une autre pathologie	NA
OMI_3	Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou sartan (ARA2)+ bêtabloquant en présence d'une insuffisance cardiaque systolique chronique	OUI
OMI_4	Antiagrégant(s) plaquettaire(s) (sauf si anticoagulant pour une autre pathologie) + Inhibiteur de l'enzyme de conversion ou sartan + bêtabloquant + statine (selon balance B/R) en prévention secondaire post SCA	NA
OMI_5	Antihypertenseur en cas d'HTA permanente ( >160mmHg)	NA
Système nerveux central		
OMI_6	L-DOPA dans la maladie de Parkinson avec retentissement fonctionnel	NA
Système digestif		
OMI_7	IPP à dose préventive si AINS ou si 2 facteurs de risque parmi : anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, corticoïdes, antécédent d'ulcère gastroduodénal	NA
Système respiratoire		
OMI_8	Bronchodilatateurs inhalés (agonistes beta2 ou anti-muscariniques) ou corticoïdes inhalés dans l'asthme ou BPCO selon le stade de sévérité	NA
OMI_9	Oxygénothérapie si insuffisance respiratoire (hypoxie chronique documenté : PO2< 60 mmHg ou sat O2<89%)	NA

**Rappel ordo :****Bisoprolol** 2.5 mg : 0.5-0-0**Monotildiem LP** 200mg : 1-0-0**Kardegic** 160mg : 1-0-0**Dafalgan** 500 mg : 2-2-2-2**Nicardipine** 50 mg LP : 1-0-1**Metformine** 1000 mg : 1-0-1**Citalopram** 20 mg : 1-0-0**Valsartan** 160 mg : 1-0-0**Simvastatine** 20mg : 0-0-1**Tramadol LP** 100mg : 1-0-1**Furosémide** 40 mg : 1-0-0**Atarax** : 1cp au coucher**Glibenclamide (Daonil®)** 2,5 mg 1-0-0**Pantoprazole** 40mg : 1-0-0**ZymaD** 50 000UI tous les mois**Système musculo-squelettique**

OMI_10	Bisphosphonates si corticothérapie orale prolongée (>7,5mg/j pendant plus de 3 mois) ou si une ou plusieurs fractures ostéoporotiques ou en présence d'une ostéoporose confirmée et si Cl creat > 30 ml/min	NA
OMI_11	Vitamine D pour tous les sujets âgés – posologie à adapter si carence	OUI

**Système urinaire**

OMI_12	Alpha-bloquant à visée urologique ou inhibiteur de la 5 apha-réductase si prostatisme symptomatique	NA
--------	---	----

**Système endocrinien**

OMI_13	IEC (ou ARA2) en cas de diabète avec néphropathie	OUI
--------	---	-----

**Antalgiques**

OMI_14	Traitement laxatif si opiacés	NA
--------	-------------------------------	----

**Vaccination**

OMI_15	Vaccination annuelle contre la grippe	NSP
OMI_16	Vaccination pneumocoque pour les patients immunodéprimés ou non immunodéprimés à risque élevé (Insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique, BPCO, emphysème, asthme sévère sous traitement, insuffisance rénale, hépatopathie chronique, diabète sous traitement, ... cf calendrier vaccinal)	NSP



# Temps d'échange

---

Merci pour votre attention

Avez-vous des questions ?

[ars-ara-omedit@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-omedit@ars.sante.fr)



# FAQ WEBINAIRE

- *Est-ce que les US de psychiatrie ayant une DMS  $\geq 7$  jours doivent être inclus pour les audits ?*

Oui, l'exercice est même souvent très intéressant.

- *Comment a été définie la liste des molécules anticholinergiques ciblées par l'indicateur ?*

La liste a été définie par le groupe de travail régional en charge de la construction de cet indicateur sur la base d'un travail réalisé sur le CHU de Lyon.

- *Est il possible de coupler les 2 audits (prévalence et pertinence) ?*

Oui, tout dépend de la méthodologie choisit pour l'audit de prévalence. Si l'audit de prévalence est réalisé par requêtage automatique, ce ne sera pas envisageable. En revanche si l'audit de prévalence est réalisé manuellement, il est tout à fait possible de faire les 2 en même temps.