



IATROGENIE MEDICAMENTEUSE EN EHPAD

Dr A. Roustan

09/10/18 – AMC 82

Quels médicaments actuellement dans les EHPAD françaises?

- « De façon assez paradoxale, alors que la population en EHPAD devrait apparaître comme plus facile à cerner (stabilité de résidence et possibilité de déclaration par un tiers), c'est sans doute la population âgée pour laquelle les données globales (et plus encore les données individualisées) sont les plus déficientes. »

Rapport IGAS Delomenie et Fontanelle-Lassalle mars 2005

- « Un flou entoure encore aujourd'hui les chiffres, même les plus globaux, de consommation de médicaments en EHPAD »

Rapport IGAS Naves/Dahan septembre 2010



Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques

- Pharmacocinétiques (*physiologie de l'organisme*)
 - Métabolisme hépatique modifié
 - Diminution de la fonction rénale
- Pharmacodynamiques (*action du médicament sur l'organisme donc capacité des organes cibles à répondre aux médicaments*)
 - Mal connues
 - Réceptivité diminuée aux médicaments agissant sur les systèmes β adrénergiques
 - Plus grande sensibilité du système nerveux central aux psychotropes

Iatrogénie médicamenteuse

- Définition
 - *iatros* : médecin
 - *genes* : engendrer
- « effet indésirable et / ou interaction médicamenteuse ayant potentiellement des conséquences sur la santé d'un individu, imputable au médicament lui-même mais également à tous les professionnels de santé (médecin, pharmaciens, infirmiers, ...) et au patient (automédication) »



Evaluation des effets des médicaments

- Méthode de référence : essais cliniques
 - Limites inhérentes
 - Nombre limité de patients
 - Durée limitée de l'essai
 - Sélection des patients avec exclusion des patients polyopathologiques ou polymédiqués, des âges extrêmes
 - Indications bien précises
 - Contrôle de l'observance et du bon usage des médicaments
- Profil des effets indésirables souvent mal évalué
- Effets du médicament administré à la personne âgée sont partiellement connus au moment de sa mise sur le marché

Polymédication

- 5 à 9 médicaments, « polypharmacy » = 49.7% des résidents
- **≥ 10 médicaments, « excessive polypharmacy » = 24.3% des résidents**
- Importantes variations entre les pays **30.2% en France, 2ème derrière Finlande (56.7%) vs Italie (8.8%)**

Onder, J Gerontol,

2012

- Liée aux maladies chroniques (polyopathologies) mais aussi à la présence de symptômes comme la douleur, la dyspnée, les symptômes gastro-intestinaux, ...
- Augmente avec l'âge, la baisse de l'autonomie et les troubles cognitifs
- Médicament est avant tout une chance MAIS ...
 - Augmente le risque iatrogène (ex : chutes, hospitalisations ...)
 - Diminue de la qualité de l'observance
 - Coût élevé

Impact clinique de la iatrogénie en EHPAD

- **Tx incidence accidents iatrogènes : 1.19 à 7.26 /100 résident - mois.**

vs 50.1 /1000 personne-année en ville

- **Tx incidence accidents iatrogènes liés à sevrage : 2.60 /100 résident - mois.**

Gurwitz, JAMA, 2003 ; Handler, Am J Geriatr Pharmacother, 2006

- **51% accidents iatrogènes sont évitables
...72% si sévères**

Gurwitz, Am J Med, 2000

Attention !

- Les médicaments courants (et avec intérêt thérapeutique incontestable) sont plus souvent responsables de la iatrogénie grave que les médicaments « inappropriés chez les sujets âgés »

Pirmohamed, BMJ, 2004; Budnitz, NEJM, 2011



Modalités de prescription sous optimale du sujet âgé

= iatrogénie évitable!

- Surconsommation ou « overuse »
- Sous-consommation ou « underuse »
- Mauvais usage ou « misuse »



Sur consommation - « overuse »

- Utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou d'efficacité démontrée
 - Benzodiazépines
 - trop souvent prescrites, au long cours, pour insomnie ou dépression
 - Neuroleptiques
 - prescription excessive hors indication / AMM en EHPAD notamment



Sous consommation - « underuse »

- Absence d'instauration d'un traitement médicamenteux efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont montré leur efficacité
- Prévalence de l'underuse élevée
- Pourtant le bénéfice du médicament est souvent supérieur chez le sujet âgé (domaine cardiovasculaire notamment)
 - Anticoagulants oraux dans FA non valvulaire pour prévention du risque thromboembolique
 - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans l'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique
 - Antiagrégants plaquettaires et β bloquants dans l'insuffisance coronarienne
 - Antidépresseurs dans la dépression (prescription souvent contre-balancée par un excès de benzodiazépines)

Mauvais usage - « misuse »

- Utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus
 - Anticholinergiques prescrits chez le sujet âgé parkinsonien
 - DIGOXINE chez l'insuffisant cardiaque âgé en rythme sinusal sans dysfonction systolique sévère
 - Biguanides chez le diabétique âgé avec insuffisance rénale chronique avancée
 - ...



Outils de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée (PPI)



Définition

- Nombreux outils de détection développés et validés ces dernières années
- Outils qui utilisent des critères dits
 - *Explicites* : revue systématique des prescriptions médicamenteuses
 - *Implicites* : évaluation non systématisée de l'utilisation des médicaments prescrits pour un patient donné
 - Combinaison des deux



Critères explicites

- Critères rigides
- S'appliquent de la même manière à tous les sujets, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles
- Développés à partir d'opinions d'experts
- Simples d'utilisation
- Permettent une analyse systématique des prescriptions

Critères explicites

- Le plus souvent sous la forme de liste de médicaments à éviter chez le sujet âgé
- L'âge n'est en soi une contre-indication à aucun médicament mais modifie les objectifs et modalités de leur utilisation



Critères explicites

- Liste de Beers (USA)
 - Début année 90 : premier à introduire la notion de médicament potentiellement inapproprié
 - *« un médicament est considéré comme potentiellement inapproprié lorsqu'il présente un mauvais rapport bénéfice / risque et/ou une efficacité discutable quand il est prescrit chez la personne âgée, alors même qu'il existe des thérapeutiques plus sûres »*
- Dernière version : 2012
 - Médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets ≥ 65 ans
 - Degré relatif de sévérité associé à chaque critère
 - Identification de certaines situations à risque

Critères explicites

Critères de Beers 2012 indépendamment des diagnostics (suite 3/5)

Table 2. (Contd.)

| Organ System or Therapeutic Category or Drug | Rationale | Recommendation | Quality of Evidence | Strength of Recommendation |
|--|---|--|---------------------|----------------------------|
| Barbiturates Amobarbital* Butobarbital* Butalbital Mephobarbital* Pentobarbital* Phenobarbital Secobarbital* | High rate of physical dependence; tolerance to sleep benefits; risk of overdose at low dosages | Avoid | High | Strong |
| Benzodiazepines <i>Short and intermediate acting:</i> Alprazolam Estazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam <i>Long acting:</i> Clorazepate Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide-amitriptyline Clidinium-chlordiazepoxide | Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and slower metabolism of long-acting agents. In general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle accidents in older adults May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep disorders, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety | Avoid benzodiazepines (any type) for treatment of insomnia, agitation, or delirium | High | Strong |

Critères de Beers 2012 en fonction du diagnostic (1/3)

Table 3. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Due to Drug–Disease or Drug–Syndrome Interactions That May Exacerbate the Disease or Syndrome

| Disease or Syndrome | Drug | Rationale | Recommendation | Quality of Evidence | Strength of Recommendation |
|-----------------------------------|---|---|----------------|---|--|
| <i>Cardiovascular</i> | | | | | |
| Heart failure | NSAIDs and COX-2 inhibitors Nondihydropyridine CCBs (avoid only for systolic heart failure) Diltiazem Verapamil Pioglitazone, rosiglitazone Cilostazol Dronedarone | Potential to promote fluid retention and exacerbate heart failure | Avoid | NSAIDs: moderate CCBs: moderate Thiazolidinediones (glitazones): high Cilostazol: low Dronedarone: moderate | Strong |
| Syncope | AChEIs Peripheral alpha blockers Doxazosin Prazosin Terazosin Tertiary TCAs Chlorpromazine, thioridazine, and olanzapine | Increases risk of orthostatic hypotension or bradycardia | Avoid | Alpha blockers: high TCAs, AChEIs, and antipsychotics: moderate | AChEIs and TCAs: strong Alpha blockers and antipsychotics: weak |
| <i>Central nervous system</i> | | | | | |
| Chronic seizures or epilepsy | Bupropion Chlorpromazine Clozapine Maprotiline Olanzapine Thioridazine Thiothixene Tramadol | Lowers seizure threshold; may be acceptable in patients with well-controlled seizures in whom alternative agents have not been effective | Avoid | Moderate | Strong |
| Delirium | All TCAs Anticholinergics (see Table 9 for full list) Benzodiazepines Chlorpromazine Corticosteroids H ₂ -receptor antagonist Meperidine Sedative hypnotics Thioridazine | Avoid in older adults with or at high risk of delirium because of inducing or worsening delirium in older adults; if discontinuing drugs used chronically, taper to avoid withdrawal symptoms | Avoid | Moderate | Strong |
| Dementia and cognitive impairment | Anticholinergics (see Table 9 for full list) Benzodiazepines H ₂ -receptor antagonists Zolpidem Antipsychotics, chronic and as-needed use | Avoid because of adverse CNS effects. Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia unless nonpharmacological options have failed, and | Avoid | High | Strong |

Critères de *Beers* 2012 en fonction du diagnostic (suite 3/3)

Table 3. (Contd.)

| Disease or Syndrome | Drug | Rationale | Recommendation | Quality of Evidence | Strength of Recommendation |
|--|---|--|--|--------------------------------------|--|
| History of gastric or duodenal ulcers | Aspirin (>325 mg/d) Non-COX-2 selective NSAIDs | May exacerbate existing ulcers or cause new or additional ulcers | Avoid unless other alternatives are not effective and patient can take gastroprotective agent (proton pump inhibitor or misoprostol) | Moderate | Strong |
| <i>Kidney and urinary tract</i> | | | | | |
| Chronic kidney disease Stages IV and V | NSAIDs Triamterene (alone or in combination) | May increase risk of kidney injury | Avoid | NSAIDs: moderate Triamterene: low | NSAIDs: strong Triamterene: weak |
| Urinary incontinence (all types) in women | Estrogen oral and transdermal (excludes intravaginal estrogen) | Aggravation of incontinence | Avoid in women | High | Strong |
| Lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia | Inhaled anticholinergic agents Strongly anticholinergic drugs, except antimuscarinics for urinary incontinence (see Table 9 for complete list) | May decrease urinary flow and cause urinary retention | Avoid in men | Moderate | Inhaled agents: strong All others: weak |
| Stress or mixed urinary incontinence | Alpha blockers Doxazosin Prazosin | Aggravation of incontinence | Avoid in women | Moderate | Strong |

Critères explicites

- Liste de Beers
- Autres listes Nord-Américaines
 - Zhan (2001)
 - McLeod et IPET (Inappropriate Prescribing Elderly Tool)
 - Prise en compte des interactions médicament-médicament et médicament-maladie
- Limites de ces listes
 - Difficilement applicables en Europe en raison des médicaments différents sur le marché
 - Pas de proposition d'alternative thérapeutique plus sûre

Critères explicites

- Liste de Laroche (2007)
 - Liste française des médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés de 75 ans ou plus
 - 34 critères
 - 25 critères : médicaments à rapport bénéfice / risque défavorable
 - 1 critère : médicaments à efficacité discutable (SMR insuffisant)
 - 8 critères : médicaments à rapport bénéfice / risque défavorable et à efficacité discutable
- Force : première liste à proposer des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces et à tenir compte de la redondance médicamenteuse
- Limite : pas de mention de l'omission de prescription

Critères explicites

- Critères STOPP and START (Gallager, 2008)
 - STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescriptions
 - Médicaments potentiellement inappropriés
 - Interactions médicament / médicament et médicament / maladie
 - START : Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
 - Omission de prescriptions considérées comme appropriées
- Force
 - Prise en compte de la sous-prescription
- Limite
 - Pas de proposition d'alternative thérapeutique



Critères explicites

- Initialement créés dans un but épidémiologique
- Peuvent être utilisés comme aide à la prescription
- Caractère potentiellement inapproprié du médicament n'en fait pas une contre-indication absolue
- Médicaments à éviter de manière générale mais le jugement clinique doit rester prépondérant
- Nécessité d'une perpétuelle actualisation de ces listes ...

Prévalence prescriptions sous-optimales en EHPAD?

- Beers (USA) : **40% résidents avec ≥ 1 Prescription inappropriée(PI)**
Gallagher, J Clin Pharm Ther, 2007

- STOPP : **55-59.8% résidents avec ≥ 1 PI (Irlande)**
Ryan Ir J Med SC 2009; O'Sullivan Eur Ger Med 2010

- START/STOPP à l'admission dans 6 EHPAD espagnoles (33% en provenance H)
 - **79% résidents avec ≥ 1 PI :**
 - IPP sans indication
 - benzo et NL + atcd chute
 - benzo demi-vie longue
 - NL à visée hypnotique
 - **74% résidents avec ≥ 1 omission :**
 - Absence Vitamine D/Calcium et ostéoporose
 - Absence statine / aspirine et indication avérée (diabète)

Garcia-Gollarte, JAMDA, 2012

Lien iatrogénie et prescription ?

- Résidents avec **prescription inappropriée (Beers) vs résidents sans PI :**
 - **Risque supérieur d'hospitalisation dans le mois suivant**
 - OR : 1.27; $P=.002$
 - **Risque supérieur décès dans le mois ou celui d'après**
 - OR : 1.28; $P=.01$
 - **Risque supérieur d'hospitalisation dans l'année pour les résidents avec ≥ 2 PI**

Lau, Arch Intern Med, 2005

Ruggiero, Drugs and Ageing, 2010



Critères implicites

- Evaluation non systématisée
 - Critères souples
 - Fondée sur le jugement clinique
- Prescription de chaque sujet analysée individuellement
 - Évaluation personnalisée du rapport bénéfice/risque de chaque médicament
 - Au regard des co-morbidités et des médicaments co-prescrits
- Soumis à une variabilité inter-observateur
 - Limite la reproductibilité des résultats

Critères implicites

- MAI (Medication Appropriateness Index)
 - Index Nord-Américain développé en 1992
 - Application : sujet âgé de 65 ans ou plus
 - 10 critères pour chaque médicament prescrit
 - Indication, efficacité, dosage, durée, coût, caractère pratique, directive de traitement, interaction médicament-médicament, interaction médicament-maladie, redondance médicamenteuse
 - Codage en 3 points pour chaque critère
 - 1 : utilisation appropriée
 - 2 : utilisation potentiellement appropriée
 - 3 : utilisation inappropriée
 - Score calculé pour chaque médicament prescrit
 - De 0 (complètement approprié) à 18 (complètement inapproprié)

Table 1. Medication Appropriateness Index*

| To assess the appropriateness of the drug, please answer the following questions and circle the applicable score: | | | | |
|---|----------------------|---------------------|----------|---|
| 1. Is there an indication for the drug? Comments: | 1 Indicated | 2 Not Indicated | 3 DK† | 9 |
| 2. Is the medication effective for the condition? Comments: | 1 Effective | 2 Ineffective | 3 DK | 9 |
| 3. Is the dosage correct? Comments: | 1 Correct | 2 Incorrect | 3 DK | 9 |
| 4. Are the directions correct? Comments: | 1 Correct | 2 Incorrect | 3 DK | 9 |
| 5. Are the directions practical? Comments: | 1 Practical | 2 Impractical | 3 DK | 9 |
| 6. Are there clinically significant drug–drug interactions? Comments: | 1 Insignificant | 2 Significant | 3 DK | 9 |
| 7. Are there clinically significant drug–disease/condition interactions? Comments: | 1 Insignificant | 2 Significant | 3 DK | 9 |
| 8. Is there unnecessary duplication with other drug(s)? Comments: | 1 Necessary | 2 Unnecessary | 3 DK | 9 |
| 9. Is the duration of therapy acceptable? Comments: | 1 Acceptable | 2 Unacceptable | 3 DK | 9 |
| 10. Is this drug the least expensive alternative compared to others of equal utility? Comments: | 1 Least expensive | 2 Most expensive | 3 DK | 9 |

*Complete instructions in the use of the scale are available upon request.

†Don't know.

Limites : chronophage et pas de prise en compte de la sous-prescription



Critères implicites

- DUR (Drug Utilization Review)
 - Revue pluridisciplinaire des prescriptions médicamenteuses
 - Souvent initiée et coordonnée par les pharmaciens cliniciens en collaboration avec médecin prescripteur
 - Consiste en une analyse pharmaceutique exhaustive des prescriptions médicamenteuses qui prend en compte toutes les données cliniques et biologiques des patients



Combinaison de critères explicites et implicites

- Intérêt de la complémentarité des deux méthodes
 - Obtention de résultats plus informatifs
 - Meilleur reflet de la qualité de la prise en charge médicamenteuse globale des patients
- Limites
 - Approche complexe
 - Chronophage



Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé

Analyse pharmaceutique

- Activité quotidienne principale du pharmacien clinicien
- Propositions argumentées dans le cadre d'interventions pharmaceutiques (IP) en cas de non respect des recommandations
 - Recommandations basées sur
 - Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP)
 - Listes de médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés
 - Recommandations de bonnes pratiques cliniques chez les sujets âgés
 - HAS
 - PMSA
 - Indicateurs de pratique clinique AMI
 - ANSM
 - Guide des interactions médicamenteuses de la revue *Prescrire*©
 - ...

Intérêt / Impact

- Impact en matière de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse
- IP jugées cliniquement significative par 2 médecins indépendants dans 72 % cas *Chedru 1997*
 - Participation du pharmacien à la visite médicale
 - Réduction du taux d'événements indésirables médicamenteux (EIM)
 - de 66 % en USI : passage de 10,4 à 3,5 EIM / 1000 journées d'hospitalisation *Leape et al. 1999*
 - Réduction de la durée d'hospitalisation des malades : 1,3 jours en moyenne
 - Association entre participation du pharmacien clinicien à la visite médicale au moins 3 fois par semaine et réduction de mortalité *Bond et al. 2007*
- Impact économique
 - IP permettraient une réduction de 41 % des coûts médicamenteux soit une réduction de 30,35\$ par IP *McMullin et al. 1999*



Programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge du sujet âgé en France

Programmes HAS

- *Programme PMSA / Prévention de la iatrogénie*
 - PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
 - Depuis 2006
- Programmes AMI : Alerte et Maitrise de l'iatrogénie
 - AMI-Alzheimer (depuis 2010)
 - Indicateurs de pratique clinique AMI (*IPC AMI*)
 - Prescription de 3 psychotropes ou plus
 - Prescription de 4 antihypertenseurs ou plus
 - Prescription de 2 diurétiques ou plus ...

Programme PMSA

- Programme de la HAS élaboré par un groupe de travail (gériatres, généralistes, spécialistes, IDE, pharmacien) piloté par Pr S. Legrain
- Inspiré par les critères ACOVE américains (Indicateurs de qualité de prise en charge établis aux USA pour les sujets âgés fragiles)
- Objectif : proposer des outils pour évaluation et amélioration des pratiques, à destination des médecins traitants, des spécialistes prescripteurs occasionnels en ambulatoire, et des médecins en service hospitalier.
- Un volet spécifique sur les psychotropes : PsychoSA



Les grands principes dérivés du programme PMSA à retenir

- AVANT la prescription:
 - Le réflexe iatrogène
 - L'optimisation diagnostique précède toujours l'optimisation thérapeutique
 - La confrontation des pathologies et des traitements
 - La prise en compte des priorités du patient et de l'avis de l'équipe de l'EHPAD



Les grands principes dérivés de PMSA à retenir

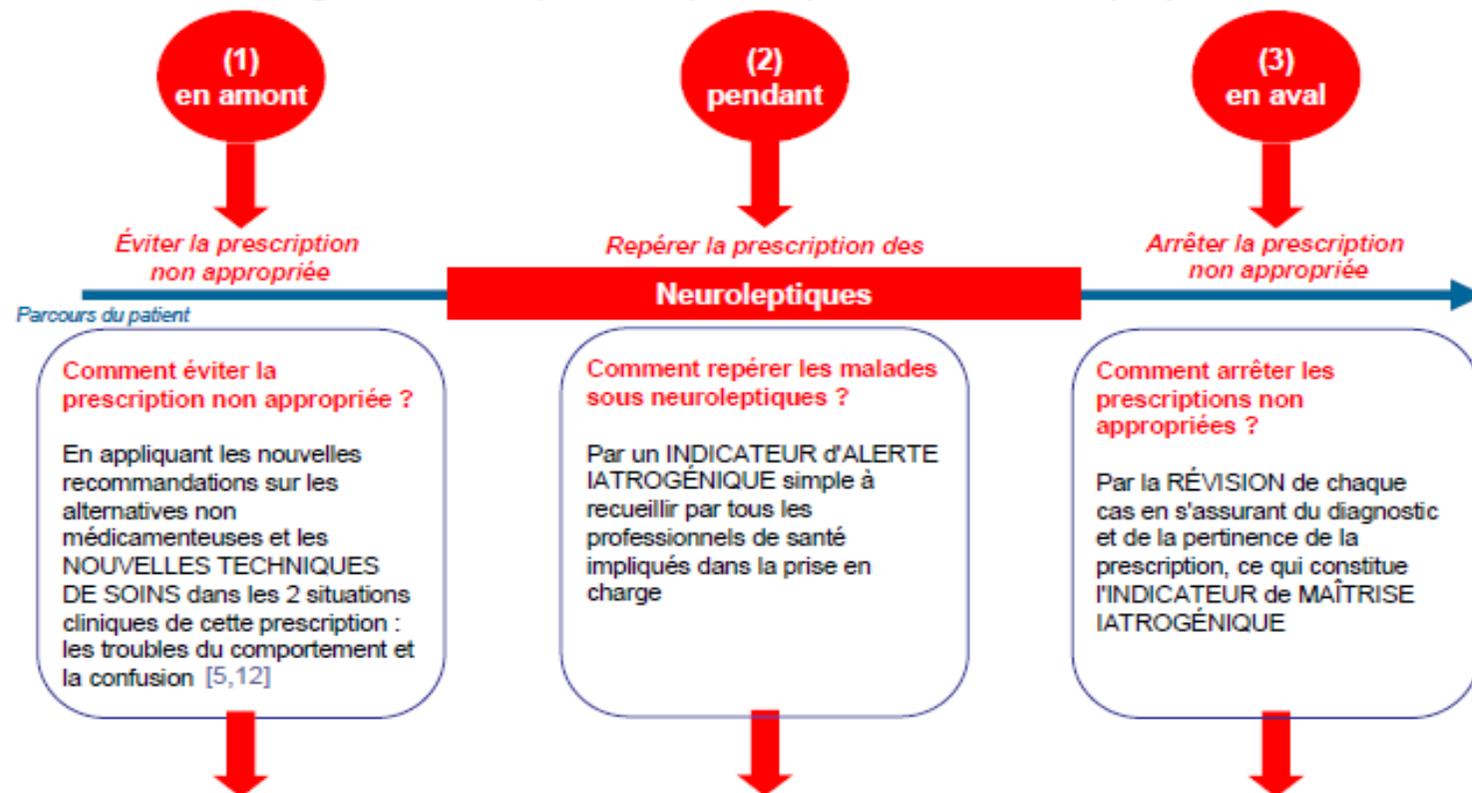
- LORS de la prescription :
 - Se méfier des nouveautés
 - Se hâter lentement
 - Focaliser les efforts sur le suivi +++++
 - De la prescription
 - Des informations données au patient et aux professionnels

Programme AMI-Alzheimer

- Alerte et Maitrise de l'iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer
- Développé dans le cadre du plan Alzheimer
- Objectif : diviser par 3 la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer
- Méthode
 - Utilisation d'Indicateurs de Pratique Clinique (IPC)
 - Pour repérer les situations à risque (Alerte)
 - Taux d'exposition des malades Alzheimer aux neuroleptiques
 - Mettre en œuvre des actions d'amélioration (Maitrise)
 - Taux de prescriptions confirmées (appropriées) de neuroleptiques

Programme AMI-Alzheimer

Agir aux 3 temps de la prescription des neuroleptiques



Pour diminuer la prescription des neuroleptiques, améliorer la prise en charge des troubles du comportement et la qualité de vie des personnes

HAS, 2010. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf



**Comment améliorer la
prescription ... pour diminuer les
prescriptions inappropriées ...mais
surtout avoir un impact sur la
iatrogénie ?**



Les « fausses » bonnes idées

Fausse bonne idée (I)

- Réduire à tout prix le nombre de médicaments pour diminuer le risque iatrogénique mais ... une réduction irraisonnée des médicaments augmente les risques liés à l'underuse
- Une expérience canadienne : politique de participation financière accrue des malades âgés
 - diminution de la polymédication
 - augmentation du recours aux urgences de 32.9 à 47.1 / 10 000 pers / mois

Tamblyn R, JAMA 2001



Fausse bonne idée (2)

- Appliquer au patient polypathologique les guidelines validés dans chacune de ses maladies
- C'est parfois un programme d'enfer ... dangereux ...et coûteux !



Pas de solutions simples,

Pas de solutions dans la littérature...

Et pourtant la nécessité d'amélioration des pratiques est démontrée et « exigée » réglementairement !

Quels référentiels de bonne pratique en matière de prescription

- Y-a-t- il besoin de modifier la prescription?
- Comment modifier la prescription?



Ne pas prescrire sans analyse diagnostique

- Tentation de répondre à une plainte par un traitement symptomatique
- Mais chaque symptôme ne doit pas être pris en compte isolément
- L'apparition d'un nouveau symptôme peut être d'origine iatrogène
 - Imputation à un médicament pas toujours simple, surtout si à distance de la prescription initiale
 - Mais traitement symptomatique de l'effet secondaire apportera son risque médicamenteux propre et celui d'interactions médicamenteuses



Importance de l'interrogatoire (patient / aidant / professionnel)



Optimiser le rapport bénéfice/ risque

- Préciser, par rapport à une pathologie définie, les objectifs du traitement compte tenu de l'âge physiologique du patient et des comorbidités
- Evaluer le rapport bénéfice/risque d'un médicament
 - Pas simple (peu d'essais cliniques chez sujets âgés avant mise sur le marché d'un médicament)
- L'existence de comorbidités modifie souvent le rapport bénéfice/risque d'un traitement médicamenteux



Etablir des « priorités thérapeutiques »

- Priorités parfois différentes entre médecin et patient
 - Médecin souvent plus concerné par pathologies qui mettent en jeu le pronostic vital
 - Patient peut être obsédé par symptômes qui diminuent sa qualité de vie quotidienne (constipation, insomnie...)
 - Relation de confiance importante car si pas d'accord sur la prise en charge médicamenteuse, risque d'automédication ou d'inobservance du traitement !
- Introduction d'un nouveau médicament
 - Revoir la globalité du traitement
 - Arrêter un ou des médicaments devenus inutiles ou dangereux



Apprécier l'aptitude du patient / de l'aidant

- Évaluer leur capacité à
 - Comprendre le traitement
 - Prendre ou administrer correctement les médicaments
 - Signaler les effets secondaires
- Pour améliorer l'observance
 - Schéma thérapeutique simple
 - Ordonnance claire
 - Aide de piluliers ou de grilles thérapeutiques
 - Délivrance des médicaments par une tierce personne (si troubles mnésiques, syndrome démentiel, certaines pathologies psychiatriques)

La surveillance

- **Elle comprend les critères :**
 - D'efficacité
 - De tolérance
 - De durée du traitement
- **Elle peut être**
 - **Non ou mal prescrite**
 - Ex : 12 à 63% des patients sous IEC = prescription inadéquate de surveillance du K⁺ et de la créatininémie,
 - **Non ou mal comprise par le patient**
 - Ex : 37% des événements indésirables jugés "améliorables" sont attribuables à une sous-déclaration des symptômes par le patient
 - **Non ou mal transmise.**
 - Ex : 1/5 patient = résultats de test antérieurs voire leur dossier médical indisponibles lors d'une consultation programmée chez le médecin.



Choisir une classe médicamenteuse adaptée

- Choix dépend
 - de la pathologie
 - des co-morbidités
 - des autres prises médicamenteuses
- Recherche de mauvaise observance et/ou d'automédication
- Recherche d'éventuelles interactions médicamenteuses
 - RCP (Résumé des caractéristiques du produit) du médicament
 - Guide des interactions médicamenteuses
- Se méfier les médicaments mis récemment sur le marché
 - Interactions médicamenteuses et précautions d'emploi ne sont souvent maîtrisées qu'après plusieurs années



Choisir une classe médicamenteuse adaptée

- Eviter de prescrire plusieurs médicaments
 - Qui ont une même propriété pharmacologique en relation ou non avec l'effet thérapeutique recherché
 - Qui appartiennent à la même classe pharmacologique
 - Plusieurs benzodiazépines...
 - Qui contiennent le même principe actif
- Attention aux inducteurs et aux inhibiteurs enzymatiques

Choisir une classe médicamenteuse adaptée

- Attention aux médicaments ayant un effet anticholinergique
 - Les neuroleptiques
 - Les antidépresseurs imipraminiques
 - Les antiparkinsoniens et les correcteurs des neuroleptiques
 - Les antihistaminiques H1
 - Certains antispasmodiques
 - La scopolamine
 - Les collyres contenant de l'atropine
 - ...
-  Action anticholinergique fait souvent partie des effets latéraux des médicaments !



Choisir une classe médicamenteuse adaptée

- Prescription des médicaments sous forme de gouttes souvent déconseillé
 - ... mais pas pour les neuroleptiques en cas de délires persécutifs (phase aigüe)
- Instillation de collyre peu simple mais rarement d'alternative thérapeutique
- En cas de difficulté pour s'alimenter, ouverture des gélules et/ou écrasement fréquent des comprimés
 - Mais attention à vérification de possibilité d'ouverture ou d'écrasement (*liste de l'OMEDIT - 2014*)
 - Rarement possible d'écraser les formes à libération prolongée

Penser la posologie

- Choisir une posologie adaptée dépend
 - Du contexte clinique
 - De la voie d'élimination du médicament
 - Des autres prises médicamenteuses
- Pas de règle simple pour les traitements pris au long cours
 - Insuffisant rénal pour les médicaments ayant une élimination rénale
 - Réduction de la posologie
 - Adaptation à la clairance de la créatinine (souvent Cockcroft dans les RCP des médicaments)
- Neuroleptiques et anxiolytiques
 - Posologie habituellement plus basse que chez adulte jeune du fait de sensibilité accrue du SNC des sujets âgés aux psychotropes

1^{er} cas : révision « à froid » de l'ordonnance

- ... Recommandée annuellement pour les patients polypathologiques
- Liste des pathologies « validées »
- Confrontation pathologies / traitements détecte la prescription sous-optimale

| Pathologie validée | Traitement réel | |
|--------------------|-----------------|----------|
| Oui | Non | Underuse |
| Non | Oui | Overuse |
| Non | Oui | Misuse |

- Contre-indication ou interaction avec une pathologie ?
- Contre-indication ou interaction avec un médicament ?
- Efficacité et tolérance ?
- Posologie optimale ?
- Galénique adaptée ?

MODIFICATIONS DE LA PRESCRIPTION THEORIQUEMENT RECOMMANDEES

- Avis patient (priorités de santé) + Avis équipe EHPAD

MODIFICATIONS DE LA PRESCRIPTION RETENUES



C'est bien beau ... mais on a que 10 min de consultation!

- Prévoir la révision du traitement
 - Créneau horaire habituel voire >
 - Prévenir l'équipe EHPAD (anticiper la récupération des données)
 - Prévenir le patient
- Fragmenter
 - Evaluation priorités : ttt réellement pris + poids + ordonnance + DFG + albumine + bio liée aux ttt
 - Confrontation diagnostics / ttt avec le patient
- Se faire aider si situation complexe ou doute



2ème cas : situation aiguë ou subaiguë

- La révision de l'ensemble de l'ordonnance est indiquée lors de :
 - tout évènement intercurrent
 - toute nouvelle maladie
 - toute modification thérapeutique

Le Réflexe Iatrogénique

Devant tout nouveau symptôme, avoir le réflexe iatrogénique, c'est se poser la question :
« Un Accident iatrogénique est-il possible ? »

Chronologie de survenue compatible ? Signe clinique évocateur? (chute, anorexie, confusion) Événement intercurrent favorisant? (fièvre, déshydratation)

non

Diagnostic Précis
Établi ?

- Indication à traiter ?
- Alternative non médicamenteuse?

oui

Accident Iatrogénique Isolé
ou
Favorisé par une Pathologie Aiguë? ⁽¹⁾

- Arrêt, avec substitution ou non ?
- Ajustement ?
- Déclaration à la Pharmacovigilance ⁽²⁾ ?

Définir le Suivi et Rédiger l' Ordonnance

⁽¹⁾ Ex : diurétiques au long cours bien supportés, mais, si fièvre et déshydratation, survenue d'une insuffisance rénale aiguë

⁽²⁾ si accidents graves ou inattendus

Analyser ... pour mieux corriger

- Quel(s) mécanismes a(ont) mené au(x) problème(s) iatrogène(s)?
 - Défaut de PRESCRIPTION
 - Défaut d'INFORMATION / EDUCATION patient / professionnel
 - Défaut de COORDINATION
- Corriger et / ou SIGNALER le mécanisme ayant mené à l'accident +++

Risque lié au sevrage

- Événements indésirables liés au sevrage
 - **Effet rebond : réapparition ou aggravation d'un ou plusieurs symptômes**
 - Rapide si demi-vie courte
 - À distance si demi-vie longue ou métabolite actif
 - **Sd de sevrage : nouveaux symptômes**
- Iatrogénie induite par arrêt d'une interaction
 - Ex : arrêt du TEGRETOL et risque de surdosage en AVK



Rôle du médecin traitant

- **Le médecin traitant en EHPAD doit s'engager à :**
 - *« mettre en oeuvre (..) la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.» (art. 3, 3.2) ;*
 - *« prendre en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur » (art. 4, 4.2).*

Arrêté du 30 décembre 2010

Le Med Co est responsable :

1. Des prescriptions médicales pour les résidents en cas de « situation d'urgence ou de risques vitaux » et « lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins » (+ infos MT)
2. De l'élaboration des protocoles de soins
3. De l'élaboration de la liste des médicaments à prescrire préférentiellement, en collaboration avec le pharmacien (PUI ou référent) et l'équipe soignante
4. De l'encadrement médical de l'équipe soignante
5. De l'information et de la formation des professionnels de santé de l'EHPAD

Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 / Article L. 313-12
du code de l'action sociale et des familles



Rôle des non-prescripteurs dans la prescription

- Guider et accompagner la révision des traitements par le médecin traitant
 - Synthèse des infos pertinentes
 - Mise à disposition des éléments de surveillance
 - ...



Rôle des non-prescripteurs dans la prescription

- Elaboration de la liste des médicaments à prescrire préférentiellement
 - Intérêt : ↓ des molécules dont rapport B/R au long cours est très contestable sauf exception et pas en 1^{ère} intention
 - Comment faire en pratique ?
 - s'inspirer de la liste de Laroche (ttt avec B/R défavorable +/- avec efficacité discutable)



Rôle des non-prescripteurs dans la « juste » prescription

- Protocoles de soins / formation des équipes soignantes axés sur :
 - Optimisation diagnostique (ex : pvts bactériolo / AB)
 - La surveillance +++
- **En particulier axés sur médicaments à risque iatrogène majeur et grave avec intérêt thérapeutique incontestable**
 - Ex : anticoagulants, antihypertenseurs, ...

Le risque iatrogène n'est pas inéluctable !

- Vigilance accrue en cas de prescription de :

- Médicament à marge thérapeutique étroite
- Médicament psychotrope
- Médicament cardiovasculaire
- Médicament récemment mis sur le marché
- Association de plusieurs médicaments ayant une même propriété pharmacologique

Le risque iatrogène n'est pas inéluctable !

- Exposition inégale des sujets âgés au risque médicamenteux
 - Vieillesse hétérogène donc modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques variables

Augmentation du risque iatrogène

- Polypathologie
- Insuffisance rénale
- Dénutrition
 - attention grande sensibilité aux AVK (diminution métabolisation hépatique)
- Équilibre cardiovasculaire précaire
- Démence
 - prudence avec médicaments qui agissent sur SNC car risque de syndrome confusionnel (psychotropes, antiparkinsoniens, corticoïdes ...)
- Troubles locomoteurs
 - éviter médicaments qui favorisent la survenue d'hypotension orthostatique ou vertiges ou myorelaxants
- Déficit sensoriel

Le risque iatrogène n'est pas inéluctable !

- Variation du risque iatrogène au cours du temps
 - Survenue d'affections aiguës intercurrentes peut bouleverser l'équilibre d'une polymédication



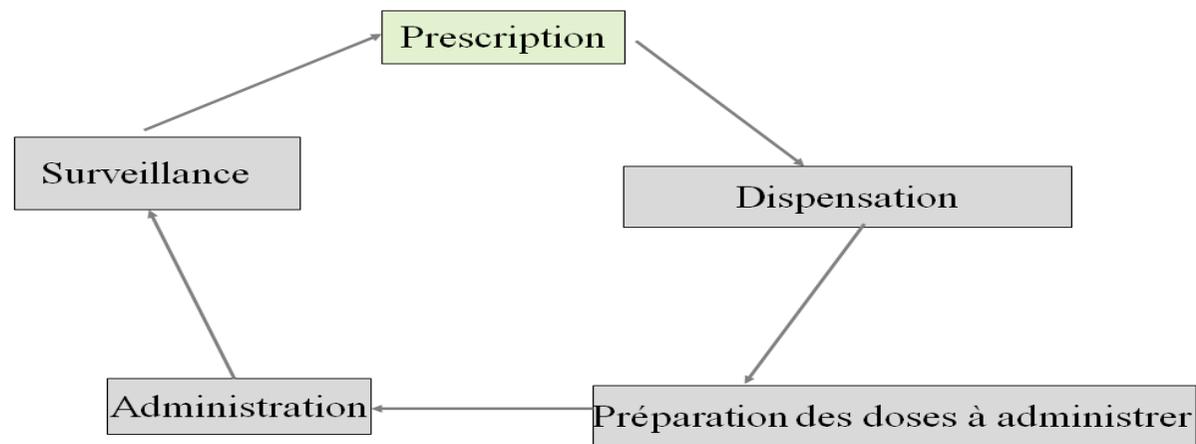


Conclusion

- Médicament est avant tout une chance
- Bien prescrire suppose de bien connaître le malade
- La vigilance doit être renforcée sur le risque iatrogène
- Une meilleure éducation du sujet âgé peut diminuer le risque iatrogène

Conclusion

- Optimiser la prescription en EHPAD :
 - Est une nécessité
 - N'est pas une utopie
 - ... mais reste un challenge car implique de s'intéresser à la «culture» de l'ensemble des acteurs de l' EHPAD
 - ... et ce n'est qu'une étape dans la prévention de la iatrogénie !





Cas cliniques



MONT - 1€

Antécéde



SANC - 18

Antécéde



CALM - 21

Antécédé



LORE - 25

Antología



VER - 12/0

Antórode