



Le médicament

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

Les résidents d'EHPAD ont souvent un traitement par inhibiteur de la pompe à proton sans indication médicale évidente

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) font partie des 30 médicaments les plus prescrits en France. Avec environ 16 millions de prescriptions, la France est aussi un des pays les plus prescripteurs d'IPP en Europe. Les IPP sont indiqués dans le traitement et la prévention de la récurrence de l'ulcère gastrique, du reflux gastro-œsophagien symptomatique, de l'œsophagite et la prévention de l'ulcère gastrique des patients traités par anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS). Habituellement considérés comme bien tolérés, les IPP sont souvent prescrits sur de longues périodes sans inquiétude d'effets indésirables. Pourtant, différents travaux menés au cours des dernières années, notamment chez la personne âgée, ont rapporté qu'ils pouvaient être en cause dans la survenue de différents effets secondaires tels que des colites à *Clostridium difficile*, des carences en vitamine B12, des défauts d'absorption de la vitamine C, des fractures, des pneumopathies d'inhalation, des interactions médicamenteuses, et même une augmentation du risque de mortalité. Ces complications associées à la prise d'IPP semblent plus fréquentes lorsque la population traitée est vulnérable comme peuvent l'être les résidents d'EHPAD. Toutefois, les travaux concernant le recours aux IPP en institutions sont rares.

Les données de l'étude IQUARE témoignent d'un recours très fréquents aux IPP ; 37,8% des résidents sont traités par IPP. Sans surprise, les antécédents d'ulcères gastriques et l'utilisation d'AINS multiplient par 4 et 2 respectivement la probabilité d'être traité par IPP. Toutefois ces deux indications n'expliquent que 13% des prescriptions des IPP. La grande majorité des prescriptions d'IPP ne sont expliquées que par le statut fonctionnel plus bas, les nombreuses comorbidités, la polymédication. Ce travail suggère que le recours aux IPP en EHPAD est principalement conditionné par la grande vulnérabilité des résidents plus que par les indications médicales reconnues des IPP. Les prescripteurs doivent être informés que le

recours prolongé et inapproprié des IPP n'est pas sans effets indésirables au sein de cette population.

■ *De Souto Barreto et al. Prevalence and association of the use of proton-pump inhibitors in nursing homes: A cross sectional study. J Am Med Assoc 2013;14(4):265-9*

Quelles interventions ont démontré leur efficacité pour optimiser les prescriptions médicamenteuses des résidents de maisons de retraites ?

Les résidents d'EHPAD présentent des situations médicales et psychologiques complexes conduisant à une polymédication nettement supérieure à celle des personnes âgées vivant à domicile. Le nombre moyen de molécules prescrites est habituellement de 8 en EHPAD. De nombreux travaux internationaux ont souligné que la prescription des résidents d'EHPAD est souvent inappropriée. Ceci conduit à des nombreux effets indésirables qui pourraient être prévenus. Il est donc important de mettre en place des actions permettant d'optimiser la prescription en EHPAD.

Toutefois une revue de la littérature publiée par la Cochrane en 2013, ne retrouve que 8 études de qualité (incluant 7653 résidents de 262 maisons de retraites de 6 pays) ayant évalué l'impact d'interventions visant à optimiser la prescription des résidents. La majorité des interventions comportent plusieurs composantes, impliquant le plus souvent l'analyse critique de l'ordonnance par un médecin et un pharmacien. Certaines interventions incluent également une formation spécifique des équipes soignantes. La disparité de ces quelques travaux n'a pas permis de réaliser une méta-analyse. La lecture critique de ces quelques études ne permet pas de conclure à une réduction des événements médicamenteux indésirables, des taux d'hospitalisation ou du risque de décès. Plusieurs travaux démontrent toutefois une réduction du nombre de prescriptions inappropriées.

Des travaux de recherche sont à mener, notamment sur les nouvelles technologies (systèmes informatiques d'aide à la prescription médica-

CHIFFRES CLÉS

Parmi l'échantillon des 7 375 résidents des 203 Ehpads d'IQUARE, le nombre moyen de **médicament** par ordonnance est de **7,9**.

La **clairance de la créatinine** est renseignée dans le dossier de **61,4 %** des résidents.

La supplémentation **vitaminique D** est réalisée chez seulement **17,9%** des résidents.

Les deux classes thérapeutiques les plus prescrites concernent le système nerveux central (91,3% des résidents) et le système cardiovasculaire (72% des résidents).

Au moins un **psychotrope** est prescrit chez **77,3%** des résidents, et de façon plus spécifique, la prescription de **neuroleptiques** concerne **24,3%** des résidents.

46,9% des résidents ont un traitement par **antalgique**.

menteuse), pour savoir quelles sont les interventions les plus pertinentes en EHPAD pour optimiser la prescription.

■ *Allred DP et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;2:CD009095*

Le risque de décès associé à la prise de neuroleptique est-il identique quel que soit le neuroleptique ?

Environ un tiers des personnes âgées vivant en institutions sont actuellement traités par neuroleptiques. Ce taux élevé du recours aux neuroleptiques en EHPAD est souvent rapporté comme un indicateur de mauvaise qualité des soins. Ceci a conduit, en France comme dans de nombreux pays, à engager des actions comme le programme AMI-Alzheimer visant à alerter les prescripteurs sur les risques associés à la prise de neuroleptiques et à réduire la iatrogénie de cette classe thérapeutique notamment chez les patients souffrant de la Maladie d'Alzheimer. En effet, depuis 2005 environ, de nombreux travaux

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

épidémiologiques ont alerté la communauté médicale sur le risque majoré d'accidents vasculaires cérébraux et de décès lors de la prescription de neuroleptiques (conventionnel ou de dernières générations). Les recommandations actuelles ne font pas de distinction entre les différentes classes de neuroleptiques en regard des risques encourus.

Depuis ces messages d'alerte, le recours aux neuroleptiques reste toutefois élevé probablement du fait du nombre croissant de sujets déments mais aussi du manque de possibilité de mise en œuvre et d'efficacité des alternatives médicamenteuses ou non-médicamenteuses. Dès-lors, le choix du neuroleptique reste une question importante pour laquelle peu de données sont actuellement disponibles. Il n'y a notamment aucune étude randomisée comparant les effets indésirables des différents neuroleptiques disponible sur le marché.

En 2012, le *Bristish Medical Journal* a toutefois publié des données observationnelles concernant plus de 75 000 résidents de maison de retraite aux USA, tous traités par neuroleptiques. L'objectif était de comparer le risque de décès en fonction du neuroleptique prescrit (haloperidol, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone) et de la dose. Bien que le lien de causalité ne puisse pas être démontré par ce travail observationnel, il apparaît que les résidents traités par halopéridol ont un risque de décès deux fois supérieur à celui des résidents traités par rispéridone (OR=2,07 95%CI1,9-2,2). Comparés aux résidents traités par rispéridone, les résidents traités par quetiapine ont un risque de décès légèrement moindre (OR=0,8 95%CI 0,75-0,88). Les autres comparaisons interclasses ne sont pas significatives. Pour toutes les classes, le risque est maximal à l'initiation du traitement. Un effet-dose est également observé pour toutes les classes, excepté pour la quetiapine.

■ **Huybrechts et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drug: Population based cohort study. *BMJ* 2012;344:e977**

ACTUALITÉS

■ Congrès national des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer

Le parcours de soin du patient Alzheimer, 11 & 12 déc. 2014 à Paris, Palais des congrès d'Issy les Moulineaux

■ Le site internet de l'Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVPD) :

L'ERVPD a été constituée au sein du Gérotopôle de Toulouse pour accompagner les projets innovants au sein de la filière gériatrique de Midi-Pyrénées, avec le soutien de l'ARS. Le site de l'ERVPD (<http://www.equipe-regionale-veillesse.ars.midipyrenees.sante.fr/>) présente des actualités et les différents axes de travail pour les prochaines années. Il est aussi un lieu d'information et d'échanges entre les 700 membres du réseau pluri-professionnel qu'elle coordonne.

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :

Monique Cavalier, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION :

Pr Yves Rolland, Gérotopôle

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Françoise Cayla, Observatoire Régional de la santé de Midi-Pyrénées

Dr Philippe de Souto Barreto, Gérotopôle

Dr Jean-Marie Pialat, Union Régionale des professionnels de Santé

Dr Adrian Klapousczack, Dr Robert Abadie,

Dr André Stillmunkes, Association Medcomip

Dr Camallieres, CH d'Auch

Dr Cufi, CHIC Castres Mazamet

Dr Christine Piau, Anne Cianfarani, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RÉALISATION TECHNIQUE :

Christel Andrieu, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

CRÉDIT PHOTO : © freshidea-Fotolia.com

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Une analyse critique de la prescription en EHPAD

De nombreux travaux ont souligné que la prescription médicamenteuse en EHPAD pouvait être améliorée. Dans le cadre d'un travail de recherche, nous avons été amenés à faire une analyse critique de la prescription médicamenteuse de 1000 résidents tirés au sort parmi les EHPAD d'IQUARE. Nous avons pu analyser ces prescriptions au regard des antécédents et pathologies en cours des patients, en tenant compte des interactions potentielles. Sur l'ensemble des 1000 résidents, 4,9% présentaient au moins une contre-indication absolue à l'usage du médicament prescrit et 4,5% au moins une interaction médicamenteuse majeure. Une

analyse plus fine a montré une proportion bien plus importante de patients ayant une prescription potentiellement inappropriée, soit environ 7 sur 10 (prescription qui ne semble pas en corrélation avec les recommandations, au regard des données cliniques disponibles du patient).

Ce travail d'analyse des prescriptions médicamenteuses a fait l'objet d'une publication dans le JAMDA [Cool C et al. Potentially inappropriate drug prescribing and associated factors in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 (en cours de publication)].

■ **Auteur :** Charlène Cool, Interne en Pharmacie, UMR INSERM 1027, Equipe 6, Tlse

➔ **EHPAD de Midi-Pyrénées, votre expérience nous intéresse. Le prochain numéro de la Lettre traitera de la douleur, si vous avez mené un projet sur ce thème et que vous souhaitez faire partager votre expérience, contactez nous : ars-midipy-communication@ars.sante.fr**

RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR

Des programmes d'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) et des programmes de prévention de la iatrogénie sur la base d'indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (AMI) ont été développés par l'HAS en lien avec les professionnels.

Différents indicateurs de bonne pratique clinique et d'alerte ont été proposés pour améliorer la maîtrise du risque iatrogénique médicamenteux en EHPAD (liste non exhaustive).

■ Alerte médicament

Psychotropes

Pour les psychotropes, il est attendu qu'une « Confirmation de prescription » soit réalisée si le résident bénéficie d'une prescription de : > 2 psychotropes ; de benzodiazépine à 1/2 vie longue ; de neuroleptiques chez un résident souffrant de la Maladie d'Alzheimer. Il est également attendu que la « Date d'initiation du traitement » soit connue pour tout psychotrope et que « La recherche de chutes » soit systématique tous les 3 mois chez les résidents traités par psychotropes.

Médicaments cardio-vasculaires

Pour les médicaments cardio-vasculaires, une « Confirmation de prescription » est attendue si : > 2 antihypertenseurs ; > 2 diurétiques. Un contrôle de l'INR si le résident est sous AVK et lors de l'introduction d'un antibiotique ou antifongique. Un suivi du ionogramme est recommandé s'il existe une association de plusieurs médicaments cardio-vasculaires. Le poids doit être surveillé au moins mensuellement chez les patients sous diurétiques. Une recherche d'hypotension orthostatique est utile tous les 6 mois chez les résidents sous antihypertenseurs.

■ Alerte ordonnance

Il est conseillé une ordonnance structurée par domaine pathologique et qu'il n'y ait pas d'associations médicamenteuses contre-indiquées.

■ Alerte pathologie sous-traitée

Il est attendu que les sujets ostéoporotiques bénéficient d'une supplémentation vitamino-calcique, que les insuffisants coronariens soient sous antiagrégants plaquettaires et que les insuffisants cardiaques systoliques soient traités par inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

■ Alerte situations cliniques à risque

Il est demandé qu'une chute récente conduise systématiquement à une « Recherche d'origine médicamenteuse », qu'une origine médicamenteuse soit envisagée devant tout trouble récent des fonctions supérieures et qu'en cas de fièvre (ou canicule), une adaptation des doses de diurétiques et des apports hydrosodés soit réalisée.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_927419/outils-pratiques-et-messages-cles-pmsa