

Intérêt de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances dans la prescription des psychotropes par les médecins généralistes en EHPAD

Sophie Perez

▶ **To cite this version:**

Sophie Perez. Intérêt de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances dans la prescription des psychotropes par les médecins généralistes en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01421733

HAL Id: dumas-01421733

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421733

Submitted on 22 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 N° 195

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 7 décembre 2016

Par Sophie PEREZ
Née le 7 juin 1987 à Bayonne

Intérêt de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances dans la prescription des psychotropes par les médecins généralistes en EHPAD.

Directeur de thèse

Monsieur le Dr François Pétregne

Jury

Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON	Présidente
Madame le Professeur Nathalie SALLES	Rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Monsieur le Docteur François REMARK	Juge
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge

REMERCIEMENTS

Au jury

A Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chef de service de médecine gériatrique, Pôle de gérontologie clinique
CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.
Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude

A Madame le Professeur Nathalie SALLES

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chef de service de médecine gériatrique, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Pôle de gérontologie clinique
CHU de Bordeaux

Vous avez accepté d'être le rapporteur de ce travail et de faire partie du jury.
Je vous adresse tous mes remerciements, soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Maître de conférences associé de Médecine Générale, Université de Bordeaux
Médecin Généraliste, Enseignant du Département de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et je vous en suis très reconnaissante.
Veuillez accepter mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

A Monsieur le Docteur François REMARK

Médecin Généraliste à Bordeaux

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE

Maître de conférences associé de Médecine Générale, Université de Bordeaux
Médecin Généraliste, Enseignant du Département de Médecine Générale

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.
Je vous remercie pour votre disponibilité, votre soutien et la pertinence de vos conseils qui m'ont guidé tout au long de parcours. J'ai beaucoup appris à vos côtés.
Recevez donc l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont aidé pour ce travail de thèse,

La pharmacienne de la pharmacie de Canéjan, l'infirmière interviewée.

A ceux qui ont contribué à ma formation

A toute l'équipe de la médecine B du Dr CAUMONT pour ce premier semestre d'internat au combien formateur.

A l'unité 8 d'oncologie de Saint André, à l'équipe des urgences de Libourne.

Au service de pédiatrie de Libourne, où j'ai pu effectuer mon dernier semestre d'internat. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et votre bonne humeur.

Aux Dr Claverie, Dr MACAIGNE, Dr LALANNE, Dr PETREGNE, pour m'avoir accueilli dans vos cabinets et pour toute l'expérience que vous m'avez transmise. Merci de m'avoir fait partager votre vision de la médecine générale, pour votre confiance et votre pédagogie.
A tous, soyez assurés de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A ma famille

A mes parents

Qui ont toujours été là pour moi, dans les bons comme les moins bons moments. Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années. C'est grâce à vous que je suis devenue ce que je suis. Je vous en serai à jamais reconnaissante.

A mes frères

Mon grand frère Laurent, qui m'a tellement appris. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble et tout l'amour que tu m'as apporté.
Mais aussi à ma belle-sœur, Sandrine, toujours bienveillante et à l'écoute, sache que tu comptes aussi énormément pour moi. Sans oublier ma petite Margot, un amour de nièce.
Mon grand frère Philippe ma belle-sœur Delphine, mon neveu Thomas et ma filleule Maylis, certes les kilomètres nous séparent, mais les moments passés ensemble n'en sont pas moins riches et importants.

A Florian, mon mari

Tu as changé ma vie depuis notre rencontre il y a maintenant 6 ans. Tu as toujours été là pour moi, pour m'encourager et me réconforter quand il le fallait. Merci pour ta tolérance et ta patience face à mon caractère pas toujours simple.
Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée, et en plus d'être un mari formidable tu es aussi mon meilleur ami. Nous avons tant de bonheur à partager encore ensemble, comme notre nouvelle vie à trois, avec notre merveilleuse petite Charlotte.

A ma belle-famille

Merci pour votre présence et les bons moments passés ensemble.

A mes amis

En particulier, Amandine, mon amie depuis toujours, merci pour ton soutien, ton écoute et ton sourire sans faille. Je n'oublierai jamais toutes nos années passées ensemble. Tellement de belles choses encore à partager ensemble notamment au mois d'avril prochain…Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites amplement.

Mais aussi Morgane, ma première co-interne, merci pour ta patience et tes encouragements aux moments où j'en ai eu besoin.

Sans oublier, tous les amis bordelais, daquois et bayonnais, merci pour toutes ces soirées et moments mémorables et j'espère encore plein d'autres à venir.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES MATIERES 5
INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX 10
ABREVIATIONS 11

I - INTRODUCTION : LE CONTEXTE DE L'ETUDE 12

I - 1. Généralités sur les psychotropes 13

I – 1.1. Les antidépresseurs 14
I – 1.1.1. Classification 14
I – 1.1 2. Indications 15
I – 1.1.3. Effets indésirables 15
I – 1.1.4. Interactions médicamenteuses 16
I – 1.1.5. Modalités de prescription 16
I – 1.1.6. Particularités de la dépression chez le sujet âgé 17
I – 1.2. Les anxiolytiques 18
I – 1.2.1. Les benzodiazépines anxiolytiques 18
I – 1.2.2. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques 18
I – 1.2 3. Les indications des anxiolytiques 18
I – 1.2.4. Les effets indésirables 18
I – 1.2.5. Les recommandations 19
I – 1.3. Les hypnotiques 19
I – 1.3.1. Particularités du sommeil chez la personne âgée 19
I – 1.3.2. Indications des hypnotiques dans les troubles du sommeil chez la personne âgée 20
I – 1.3.3. Effets indésirables principaux des hypnotiques 21
I – 1.4. Les neuroleptiques 21
I – 1.4.1. Indications et AMM 21
I – 1.4.2. Effets indésirables des neuroleptiques 22
I – 1.4.3. Particularités des neuroleptiques chez la personne âgée 23
I – 1.4.4. Programme AMI-Alzheimer : Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer 23
I – 1.5. La maladie d'Alzheimer et les médicaments anti-Alzheimer 24
I – 1.5.1. La maladie d'Alzheimer 24
I – 1.5.2. Les médicaments anti-Alzheimer 25

I – 2. Etat des lieux de la consommation des psychotropes en France 26

I – 3. Particularités de la prescription médicamenteuse du sujet âgé et état des lieux de la iatrogénie médicamenteuse en France 27

I – 4. Psychotropes et chutes : un lien de causalité ? 29

I – 5. Les objectifs de l'étude 31

I – 5.1. Hypothèse et justification de l'étude 31
I – 5.2. Question de recherche de l'étude 32
I – 5.3. Objectif principal et critère de jugement principal 32
I – 5.4. Objectifs secondaires et critères de jugements secondaires 32

II – Matériel et méthodes 33

II – 1. Le schéma d'étude 33

II – 2. L'outil de révision des ordonnances 33

II – 3. La population de l'étude 34
II – 3.1. Présentation de l'EHPAD 34
II – 3.2. La population étudiée 35
II – 3.2.1. Critères d'inclusion 35
II – 3.2.2. Critères d'exclusion 35

II – 4. Modalités de sélection 36

II – 5. Modalités du recueil des données 36
II – 5.1. Première étape : recueil des données à la pharmacie de l'EHPAD 36
II – 5.2. Deuxième étape : recueil des données sur dossiers informatiques à l'EHPAD 37
II – 5.3. Troisième étape : questionnaire audio de l'infirmière référente de l'EHPAD 37
II – 5.4. Quatrième étape : recueil des résultats statistiques présentés par la CPAM 38

II – 6. Aspects éthiques, confidentialité 39

III – Résultats 40
III – 1. Diagramme de flux 40
III – 2. La population incluse : caractéristiques démographiques et médicales 41
III – 3. Vision globale de la prescription des psychotropes au sein de l'EHPAD sur l'année 2013 de l'ensemble des patients inclus dans l'étude 42
III – 4. Caractéristiques de la prescription médicamenteuse au sein de l'EHPAD 46
III – 4.1. Caractéristiques de la polymédication pour l'ensemble des patients inclus 46
III – 4.1.1. au mois de janvier 2013 46
III – 4.1.2. au mois de juin 2013 47
III – 4.1.3. au mois de décembre 2013 48
III - 4.2. Consommation des psychotropes au sein de l'EHPAD pour l'ensemble des patients inclus (sans prise en compte des médicaments anti-Alzheimer) 50
III - 4.2.1. Caractéristiques de la prescription des psychotropes 50
III – 4.2.1.1. au mois de janvier 2013 50

III – 4.2.1.2. au mois de juin 2013 51
III – 4.2.1.3. au mois de décembre 2013 52
III – 4.2.2. Part des résidents ayant au moins un psychotrope prescrit..... 53
III – 4.2.3. Part des résidents ayant plus de 2 psychotropes différents prescrits dans le mois 53
III – 4.3. Caractéristiques de la prescription des différentes classes pharmacologiques de psychotropes pour l'ensemble des patients inclus 54
III – 4.3.1. au mois de janvier 2013 54
III – 4.3.2. au mois de juin 2013 55
III – 4.3.3. au mois de décembre 2013 56
III – 4.4. Caractéristiques de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques 58
III – 4.5. Caractéristiques de la prescription des benzodiazépines hypnotiques 59
III – 4.6. Caractéristiques de la prescription des neuroleptiques 60
III – 4.7. Caractéristiques de la prescription des médicaments anti-Alzheimer 61
III – 4.8. Part des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée sous neuroleptiques 62
III – 5. Evolution des prescriptions pour les résidents présents dans l'EHPAD de janvier à décembre 2013 63
III – 5.1. Caractéristiques de la polymédication 63
III – 5.1.1. au mois de janvier 2013 63
III – 5.1.2. au mois de juin 2013 64
III – 5.1.3. au mois de décembre 2013 65
III – 5.2. Caractéristiques de la prescription des psychotropes (sans inclure les médicaments anti- Alzheimer) pour les patients présents toute l'année 2013 67
III – 5.2.1. au mois de janvier 2013 67
III – 5.2.2. au mois de juin 2013 68
III – 5.2.3. au mois de décembre 2013 69
III – 5.3. Caractéristiques de la prescription des différentes classes pharmacologiques de psychotropes au cours de l'année 2013 70
III - 6. Evaluation des chutes au sein de l'EHPAD au cours de l'année 2013 71
III – 6.1. Caractéristiques des chutes au premier semestre 2013 (de janvier à juin) 72
III – 6.2. Caractéristiques des chutes au deuxième semestre 2013 (de juillet à décembre) 74
III – 6.3. Caractéristiques de la polymédication chez les patients chuteurs..... 76
III – 6.4. Caractéristiques de la prescription des psychotropes chez les patients chuteurs 77
III – 6.5. Contexte de survenue des chutes 78
III – 7. Résultats de l'approche qualitative de l'outil de révision des ordonnances à l'aide de l'enregistrement de l'IDE référente de l'EHPAD 2013 79
III – 8. Deuxième partie des résultats : Résultats de l'enquête menée par la CPAM : Evaluation globale de la prescription médicamenteuse au sein de l'EHPAD en comparaison aux EHPAD de la région puis de la France, selon les résultats publiés par l'Assurance Maladie. 82

III – 8.1. Evaluation de la poly-médication sur l'année 2013 82
III – 8.2. Evaluation de la prescription des psychotropes sur l'année 2013..... 82
III – 8.3. Evaluation de la prescription de benzodiazépines hypnotiques sur l'année 2013 85
III – 8.4. Evaluation de la prescription de benzodiazépines anxiolytiques sur l'année 2013 86
III – 8.5. Evaluation de la prescription d'antidépresseurs sur l'année 2013..... 87
III – 8.6. Evaluation de la prescription de neuroleptiques sur l'année 2013..... 88
III – 8.7. Evaluation de la déclaration des ALD, exemple de l'ALD 15 : maladie d'Alzheimer et autres démences 89
III – 8.8. Evaluation du coût mensuel de soins en 2013 par résident et par poste 90

IV – Discussion 91
IV – 1. Limites et biais de l'étude 91
IV – 2. Forces de l'étude 92
IV – 3. Comparaison des résultats avec les données de la CPAM et de la littérature 93
IV – 3.1. Comparaison de l'effectif de notre étude avec celui de la CPAM et des données de la littérature 93
IV – 3.2. Comparaison de la population de l'étude 94
IV – 3.3. Comparaison des résultats concernant l'évolution de la polymédication..... 94
IV – 3.4. Comparaison des résultats concernant l'évolution de la prescription des psychotropes 97
IV – 3.5. Etude du lien entre les chutes et la consommation des psychotropes..... 102
IV – 3.5.1. Facteurs de risques des chutes 102
IV – 3.5.2. Conséquences des chutes 104
IV – 4. Approche qualitative de l'étude 106
IV – 5. Utilisation de l'outil de révision des ordonnances et comparaison avec les données de la littérature 110
IV – 6. Perspectives 112

V – Conclusion 113

BIBLIOGRAPHIE 115

ANNEXES 122

ANNEXE 1 : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Révision d'une ordonnance
ANNEXE 2 : Outil de révision des ordonnances juin 2013
ANNEXE 3 : Outil de révision des ordonnances décembre 2013
ANNEXE 4 : Dépression caractérisée chez un sujet âgé. Recommandation HAS
ANNEXE 5 : Plainte anxieuse chez un sujet âgé. Recommandation HAS
ANNEXE 6 : Plainte chronique autour du sommeil chez un sujet âgé. Recommandation HAS
ANNEXE 7 : Programme AMI- Alzheimer
ANNEXE 8 : Grille AGGIR

ANNEXE 9 : Liste des benzodiazépines en fonction de leur demi-vie
ANNEXE 10 : Questionnaire initial prévu pour l'étude qualitative
ANNEXE 11 : Questionnaire audio de l'infirmière de l'EHPAD

SERMENT MEDICAL 137

INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURES :

Figure 1 : Positionnement relatif de l'EHPAD dans la région au regard du GMP et PMP des résidents *(p35)*

Figure 2 : Diagramme de flux de la population *(p40)*

TABLEAUX :

Tableau 1 : Principales classes pharmacologiques des psychotropes *(p13)*

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et médicales de la population de l'EHPAD de Canéjan aux mois de janvier, juin et décembre 2013 *(p41)*

Tableau 3 : Vision globale de la prescription des psychotropes aux mois de janvier juin et décembre 2013 au sein de l'EHPAD *(p42-45)*

Tableau 4 : Caractéristiques des chutes au 1er semestre 2013 *(p72-73)*

Tableau 5 : Caractéristiques des chutes au 2e semestre 2013 *(p74-75)*

Tableau 6 : Part des résidents ayant plus de 10 lignes de traitement *(p82)*

ABREVIATIONS

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Prescription médicamenteuse inappropriée

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

I - INTRODUCTION : LE CONTEXTE DE L'ETUDE

Bien prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique. Les sujets âgés peuvent être définis comme étant des personnes de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polypathologiques. Cette population fragile est pourtant particulièrement exposée à la polymédication et par voie de conséquence à la iatrogénie médicamenteuse. En effet, selon les études, les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents au delà de 65 ans, et 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation.

Devant ce constat, l'HAS a développé en 2005 un programme général sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA). Dans ce programme, des critères de qualité de la prescription médicamenteuse du sujet âgé ont été mis au point et hiérarchisés selon leur importance.

De façon plus spécifique, l'ARS Aquitaine a mis en place en 2013 un Programme de Gestion du Risque en EHPAD, s'intéressant particulièrement à la prescription des neuroleptiques chez le sujet âgé et plus particulièrement chez le sujet atteint de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. L'objectif était alors de sensibiliser les médecins généralistes (principaux prescripteurs chez le sujet âgé en EHPAD) à la prescription des neuroleptiques. En effet, lors du renouvellement du traitement par neuroleptiques, le médecin devait justifier ce renouvellement au delà de un mois de traitement, et la justification devait être notifiée dans le dossier médical du patient.

Partant de ce projet, nous avons eu l'idée d'élargir notre étude à l'ensemble des psychotropes. L'objectif principal de notre thèse est alors d'évaluer l'impact de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances dans l'évolution de la prescription des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, et anti-Alzheimer) au sein d'un EHPAD au cours de l'année 2013 en comparant les prescriptions aux mois de janvier, juin et décembre.

Dans une première partie, nous verrons le contexte épidémiologique dans lequel s'inscrit notre étude.

Dans une deuxième partie sera présentée l'étude quantitative rétrospective au sein de l'EHPAD de Canéjan.

Après présentation de la méthode, nous exposerons les résultats de notre étude quantitative ainsi que ceux de la brève approche qualitative, puis nous les comparerons aux données présentées par la CPAM ainsi qu'à la littérature existante.

I – 1. Généralités sur les psychotropes

Les psychotropes correspondent à une grande famille de médicaments agissant sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience. Il en existe 5 grandes classes thérapeutiques :

- les antidépresseurs
- les anxiolytiques
- les hypnotiques
- les neuroleptiques ou antipsychotiques
- les régulateurs de l'humeur ou normothymiques

A ces 5 classes, on peut y rajouter en parallèle les médicaments anti- Alzheimer.

Les psychotropes n'ont pas de pouvoir curatif spécifique : ils n'agissent pas sur la cause des troubles psychiques mais permettent d'en réduire l'importance des symptômes.

Tableau 1 : Principales classes pharmacologiques des psychotropes

Classe de médicaments psychotropes	**Famille (exemples)**	**Molécule (exemples)**
Anxiolytiques ou tranquilisants	Benzodiazépines	Diazépam,Bromazépam
	Antihistaminiques	Hydroxizine
	Carbamates	Méprobamate
Hypnotiques ou somnifères	Benzodiazépines	Flunitrazépam,Nitrazépam
	Apparentés des benzodiazépines	Zolpidem, Zopiclone
Neuroleptiques ou antipsychotiques	Neuroleptiques typiques	Chlorpromazine,Halopéridol
	Neuroleptiques atypiques	Olanzapine, Rispéridone
Antidépresseurs	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	Fluoxétine
	Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline	Trimipramine, Miansérine
	Inhibiteurs du catabolisme de la sérotonine (IMAO)	Moclobémide
Thymorégulateurs		Carbonate de lithium

De façon parallèle, on peut rajouter à cette liste les médicaments anti Alzheimer :

Classe pharmacologique	**Molécule (exemples)**
Anticholinestérasiques	Donépézil (ARICEPT) Galantamine (REMINYL) Rivamstigmine (EXELON)
Mémantamine	EBIXA

I – 1.1. Les antidépresseurs

Nous allons voir dans ce chapitre, les principales caractéristiques et règles de prescription des antidépresseurs, en se basant essentiellement sur les recommandations publiées par l'AFSSAPS en 2006 (1)

I - 1.1.1 Classification

Il existe 5 familles d'antidépresseurs :

- Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine : Paroxétine, Citalopram, Sertraline, Fluoxétine. Ils permettent une augmentation de concentration de la sérotonine dans la fente synaptique. Ce groupe présente 3 grandes caractéristiques : 1/ Il représente le traitement de première intention de la dépression ; 2/ Sa tolérance apparaît bonne ; 3/ Les effets secondaires sérotoninergiques sont rares comme les céphalées, nausées et vomissements.

- Les inhibiteurs mixtes de la sérotonine et de la noradrénaline : Venlafaxine, Milnacipran. Ils augmentent la concentration en sérotonine et noradrénaline. Ce groupe auquel on peut adjoindre le Norset, caractérise des produits proches des antidépresseurs tricycliques mais débarrassés de leurs effets secondaires.

- Les antidépresseurs tricycliques : Amitriptylline, Clomipramine, Imipramine. Ils inhibent le recapture de la sérotonine, noradrénaline et dopamine. Ils ont aussi une action sur les récepteurs muscariniques et histaminques H1 qui entrainent les effets indésirables. Ce groupe représente des produits dont les effets secondaires sont nombreux et l'efficacité la plus proche de 70%

- Les IMAO de première ou deuxième génération. Leur demi-vie d'élimination est longue, leur maniement délicat si bien que leur usage est exceptionnel.

- Les autres antidépresseurs : molécules récentes n'appartenant pas aux classes précédentes. Ils sont mieux tolérés (sur le plan anticholinergique) et seraient d'efficacité comparable. Exemples : Miansérine (ATHYMIL), Mirtazapine (NORSET) et Tianeptine (STABLON).

I – 1.1.2. Indications

- L'épisode dépressif majeur : Il associe plusieurs des signes suivants : humeur triste, diminution de l'intérêt ou perte du plaisir, perte d'appétit, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, asthénie, incurie, idées noire voire tentatives de suicide. Mais chez la personne âgée la symptomatologie est moins évidente et la présentation variable : on peut retenir la plainte somatique, les troubles récents du caractère, la production délirante. Pourtant la dépression chez le sujet âgé est une pathologie très fréquente et grave.

- Les troubles anxieux : trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble phobique, trouble obsessionnel compulsif, errance anxieuse chez le sujet dément, épisode de stress post traumatique

- Douleurs neuropathiques : traitement par les tricycliques

I – 1.1.3. Effets indésirables

Les effets indésirables sont pour la plupart de survenue précoce ou après augmentation de la posologie.

- **Effets atropiniques :** bouche sèche, constipation, mydriase, troubles de l'accommodation, augmentation de la pression intraoculaire, tachycardie, dysurie et risque de rétention urinaire. Ces effets indésirables sont les plus fréquents, on les observe essentiellement avec les imipraminiques.
- **Effets cardiovasculaires :** hypotension orthostatique, troubles du rythme et de la conduction. Ces effets sont surtout observés avec les imipraminiques.
- **Effets centraux :** insomnie, anxiété (avec les psychostimulants) somnolence diurne avec asthénie et inhibition, confusion mentale chez le sujet âgé surtout avec les imipraminiques.
- **Effets digestifs :** diarrhées, nausées, vomissements avec les IRS et IRSN.
- **Effets indésirables divers :** prise ou perte de poids, sueurs, élévation des transaminases, hyponatrémie (avec les IRS attention à la co-prescription avec les diurétiques).
- **Effets hématologiques et cutanés :** rares.
- **Le syndrome sérotoninergique :** dont les signes associent confusion mentale, agitation, tremblements, myoclonies, rigidité, tachycardie, HTA paroxystiques, diarrhée, sueurs, frissons, hyperthermie et dans de rares cas un coma. Il survient en cas d'association de plusieurs médicaments augmentant la transmission sérotoninergique (IRS, tricycliques et IMAO sélectifs) ou en cas de surdosage en IRS.

I - 1.1.4. Interactions médicamenteuses.

Le risque d'interactions médicamenteuses est accru chez le sujet âgé. Les interactions sont nombreuses en particulier au niveau métabolique : les médicaments inhibiteurs des cytochromes P450 participent à l'élimination des antidépresseurs et peuvent provoquer l'augmentation de leur taux sérique et une majoration de leurs effets secondaires.

L'effet des anticoagulants oraux peut être augmenté avec augmentation de l'INR et du risque hémorragique lors d'un traitement par IRS ou Venlaflaxine. Une surveillance rapprochée de l'INR et une adaptation de la posologie de l'anticoagulant est donc nécessaire.

I – 1.1.5. Modalités de prescription

Plusieurs règles de prescription :

- Débuter à faible posologie et augmenter progressivement par paliers.
- Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité, notamment surveillance ECG en cas de traitement par tricycliques chez un patient de plus de 40 ans , surveillance du bilan hépatique lors d'un traitement par Venlaflaxine ou IMAO et surveillance du ionogramme chez le sujet âgé
- L'effet antidépresseur n'est pas immédiat et n'est attendu qu'après 2 à 3 semaines
- Attendre 6 semaines avant de remettre en cause l'efficacité du traitement.
- Adjonction d'un anxiolytique ou d'un somnifère si nécessaire : traitement transitoire qui ne devra pas excéder 4 semaines dans le but de prévenir la « levée d'inhibition » provoquée par l'instauration du traitement antidépresseur et donc prévenir le risque de passage à l'acte suicidaire.
- Education thérapeutique du patient : primordiale, a pour but d'améliorer l'observance. Les points importants étant les effets attendus du traitement, le délai d'action, les effets indésirables, la nécessité de poursuivre le traitement au delà de la rémission des symptômes, la nécessité du suivi régulier.
- La durée du traitement : le traitement doit toujours être poursuivi au delà de la rémission des symptômes, à dose identique, pendant 4 à 9 mois.
- L'arrêt du traitement doit être progressif, par paliers.
- La surveillance clinique doit être poursuivie après l'arrêt du traitement.

En l'absence de réponse au traitement :

- En premier lieu : s'assurer de la bonne observance, réévaluer la posologie.
- Si le traitement bien conduit est inefficace après 6 semaines : changer de classe d'antidépresseur
- En cas d'échec de deux traitements dont un imipraminique (dépression résistante) on peut proposer l'association de 2 antidépresseurs de classes différents, ou un traitement adjuvant (thymorégulateur, neuroleptique atypique) ou enfin la sismothérapie.

Le traitement médicamenteux d'un patient déprimé n'est qu'un aspect de sa prise en charge qui comporte d'autres mesures thérapeutiques : psychothérapies interpersonnelles, psychothérapies comportementales, prise en compte de facteurs sociaux, renforcer l'environnement.

I – 1.1.6. Particularités de la dépression chez le sujet âgé

La dépression du sujet âgé est un problème majeur de santé publique, souvent sous-diagnostiquée et à l'origine d'une importante morbi-mortalité.

Le syndrome dépressif est fréquemment intriqué aux troubles somatiques présentés par les personnes âgées ainsi qu'à leur traitement.
La dépression est fréquente chez le sujet âgé. La prévalence est de 2 à 3% des sujets de plus de 65 ans pour l'épisode dépressif majeur. Ce chiffre augmente pour les patients hospitalisés ou vivant en institution (il peut atteindre 50% des pensionnaires).

L'humeur dépressive est parfois peut marquée alors que prédominent le ralentissement psychomoteur, l'apragmatisme et le repli.
Les plaintes somatiques sont souvent au premier plan.
L'altération des conduites instinctuelles a une grande valeur diagnostique : insomnie, anorexie…
Les fonctions cognitives sont en règle conservées ce qui marque une différence majeure avec le syndrome démentiel.
Chez le sujet âgé déprimé, le décès peut survenir rapidement par dénutrition, déshydratation et complications de décubitus.

Le traitement du syndrome dépressif de la personne âgée repose sur

- **Le traitement médicamenteux :** IRS en première intention en raison de leur bon profil de tolérance (ex : Fluoxétine, PROZAC). Les doses sont diminuées de moitié et adaptées à la fonction rénale. L'augmentation des doses sera très progressive. La surveillance est stricte : tolérance clinique, biologique (ionogramme) surveillance de l'efficacité (à ne pas remettre en cause avant 2 mois de traitement bien conduit).

- **La psychothérapie :** de soutien toujours indiquée, et approche cognitive en cas de mauvaise tolérance ou contre indication du traitement médicamenteux.

- **Le traitement des pathologies médicales associées :** association fréquente des pathologies chroniques.

Toute suspicion de syndrome dépressif chez le sujet âgé doit être explorée et aboutir à un traitement médicamenteux d'épreuve.

Enfin, concernant la prise en charge de la dépression caractérisée chez le sujet âgé, l'HAS a publié un algorithme décisionnel de prise en charge (2) visible en annexe 4.

I – 1.2. Les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont des substances dont la propriété pharmacologique est d'agir sur les récepteurs GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Ils ont une action anxiolytique, sédative, myorelaxante et anticonvulsiante. Leur biodisponibilité est bonne, le métabolisme est hépatique et leur élimination se fait par voie urinaire. Leur efficacité est rapide et ce dès la première prise.
Parmi les anxiolytiques on fait la distinction entre les anxiolytiques benzodiazépiniques et non benzodiazépiniques :

I – 1.2.1. Les benzodiazépines anxiolytiques

Les benzodiazépines sont classées en fonction de leur demi-vie d'élimination. Selon la recommandation de l'Assurance maladie, actualisée en accord avec l'HAS, on distingue les benzodiazépines à demi-vie courte (<20 heures) et à demi-vie longue (>20 heures). La liste (non exhaustive) des benzodiazépines en fonction de leur demi-vie figure en annexe 9.

I – 1.2.2. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques

Il s'agit :

- des antihistaminiques H1 : ATARAX
- du Buspirone BUSPAR
- des carbamates : Equanyl (retiré du marché en 2012) , Novalm

I – 1.2.3. Les indications des anxiolytiques

Ils sont indiqués dans les troubles anxieux :

- anxiété généralisée et attaques de paniques
- troubles de l'adaptation
- sevrage alcoolique
- syndrome douloureux chroniques
- parfois en association aux antidépresseurs ponctuellement dans les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques, les troubles phobiques
- les troubles du sommeil

I – 1.2.4. Les effets indésirables

Les anxiolytiques sont en général bien tolérés. Leurs principaux effets indésirables sont : troubles mnésiques, confusion, somnolence diurne, perte de la force musculaire, chutes chez le sujet âgé.

Les risques majeurs liés à la prescription prolongée sont l'accoutumance, la dépendance psychique et physique.

I – 1.2.5. Les recommandations

La prescription des anxiolytiques doit se faire à posologie initiale la plus faible possible, puis à posologie progressivement croissante et pendant une durée limitée.

Si un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour un patient donné, il est recommandé : d'indiquer au patient dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique ; d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à demi-vie courte) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées. Une réévaluation régulière du traitement est indispensable.

L'effet du traitement par anxiolytique s'évalue sur 2 semaines. Après un traitement prolongé, l'arrêt doit s'effectuer par diminution progressive par paliers successifs afin d'éviter l'effet rebond de l'anxiété et/ou syndrome de sevrage.

En 2014, l'HAS a également publié une recommandation concernant la plainte anxieuse chez le sujet âgé (3) visible en annexe 5.

I – 1.3. Les hypnotiques

Quelques résultats concernant les troubles du sommeil en France :

- seulement 10% à 20% des troubles du sommeil en population générale seraient de vraies insomnies
- la France est le premier pays consommateur de somnifères avec une consommation 3 à 5 fois plus importante que ses voisins européens.
- En effet, environ un tiers des plus de 65 ans et environ 40% des plus de 85 ans consomment de façon régulière des somnifères.
- Or, environ la moitié des prescriptions ne serait pas justifiée car les vrais insomnies chez le sujet âgé sont rares, raison pour laquelle l'HAS a élaboré en 2006 avec les professionnels de santé concernés des recommandations et des outils pour aider les professionnels exerçant en ville.

I – 1.3.1. Particularités du sommeil chez la personne âgée

Le vieillissement a des effets sur le sommeil : on observe une diminution du temps de sommeil nocturne, le sommeil est fractionné parfois par plusieurs siestes dans la journée, sa continuité est altérée avec apparition d'éveils nocturnes et son architecture est modifiée avec moins de sommeil lent et paradoxal.

Chez beaucoup de personnes cela induit un sentiment de mal dormir sans que ce soit réellement une insomnie : dans 80 à 90% des cas les plaintes du sommeil ne relèveraient pas de l'insomnie.

Derrière une plainte liée au sommeil peuvent se cacher : des douleurs, de l'anxiété, une dépression, des troubles urinaires…

Lorsque des troubles du sommeil apparaissent avec l'âge, il faut donc toujours rechercher une cause associée pouvant expliquer ces troubles.

La prise en charge de la plainte chronique du sommeil chez la personne âgée a fait l'objet d'une recommandation HAS en 2014 (4) visible en annexe 6.

I – 1.3.2. Indications des hypnotiques dans les troubles du sommeil chez la personne âgée

Les somnifères sont indiqués en cas de troubles sévères du sommeil dans les insomnies occasionnelles ou transitoires pour une courte durée, la durée de prescription pouvant aller de quelques jours à 4 semaines au maximum.
En dehors de cette indication et de cette durée, les hypnotiques ne sont pas recommandés et le cumul de plusieurs somnifères est particulièrement à éviter.

Chez le sujet âgé il faut éviter de prescrire des hypnotiques à demi-vie trop courte comme le STILNOX qui entraine des réveils nocturnes, des risques de confusion et de chutes.

L'IMOVANE est préférentiellement utilisé dans le traitement des insomnies d'endormissement en raison d'une meilleure tolérance clinique. Il induirait moins d'effets sur les processus mnésiques et limiteraient les phénomènes de tolérance.

Chez la personne âgée la posologie est diminuée de moitié par rapport à la posologie standard.

L'arrêt brutal n'est pas recommandé, il doit être progressif avec suivi médical.

Chez le patient de plus de 65 ans, le médecin traitant pourra proposer une stratégie d'arrêt selon la situation :

- dès la première prescription, il est recommandé au médecin d'expliquer la durée du traitement, les modalités d'arrêt progressif et de mettre en place un contrat de traitement avec la patient.
- En cas de prescription de plus de 30 jours et/ou de demande de renouvellement de traitement : le médecin doit réévaluer la situation et déterminer si la prescription est réellement justifiée.
- Dans le cas d'une prescription longue, le médecin peut proposer une stratégie d'arrêt après évaluation du degré d'attachement du patient à ses médicaments.

I – 1.3.3. Effets indésirables principaux des hypnotiques

Les personnes âgées sont plus exposées aux effets indésirables pour plusieurs raisons : résistance physique moindre, métabolisme plus lent, intéractions entre plusieurs médicaments responsables d'une iatrogénie médicamenteuse importante.

Les hypnotiques sont souvent responsables d'accoutumance. Le risque principal est celui de la chute. Les autres effets décrits sont les troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de la compréhension) , troubles psychomoteurs et du comportement.

Un arrêt brutal expose le consommateur chronique à des effets plus ou moins importants : anxiété, rebond de l'insomnie, confusion, hallucinations, convulsions : on parle de syndrome de sevrage.

I – 1.4. Les neuroleptiques

Il existe de nombreuses familles de neuroleptiques, on les classe selon leurs propriétés pharmacologiques :

- les antipsychotiques : RISPERDAL (rispéridone), HALDOL (halopéridone), ZYPREXA (olanzapine), LEPONEX (clozapine), ABILIFY (aripiprazole), XEROQUEL (quétiapine) . Ils sont utilisés dans le traitement des délires et hallucinations.
- neuroleptiques à action désinhibitrice, psychostimulante : SOLIAN , DOGMATIL , PIPORTIL. Ils luttent contre l'apathie et la démotivation.
- neuroleptique à effet sédatif : NOZINAN (lévomépromazine), LARGACTIL (chlorpromazine), TERCIAN (cyamémazine), TIAPRIDAL (tiapride). Ils luttent contre l'angoisse et l'agitation. Ils sont utilisés dans les états psychotiques aigus et chroniques : schizophrénie et troubles délirants, épisodes dépressifs majeurs.
- Neuroleptiques à effet atropiniques
- Neuroleptiques à effet hypotenseur

I – 1.4.1. Indications et AMM

Les neuroleptiques sont indiqués dans le traitement des état psychotiques aigues et chroniques (atténuation des manifestations de la maladie psychotique).
Les autres indications des neuroleptiques sont ponctuelles et/ou spécifiques :

- la sédation en urgence
- dans l'épisode dépressif majeur en association aux antidépresseurs
- anxiolytique à faible dose

Deux molécules ont une AMM spécifique chez le sujet âgé ou atteint de la maladie d'Alzheimer : le RISPERDAL et le TIAPRIDAL. (5) (6)

Le RISPERDAL (rispéridone) est le seul neuroleptique a avoir l'AMM pour le traitement de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches psycho comportementales non médicamenteuses et lorsque cette agressivité présente un danger pour le patient ou ses proches.
Le traitement doit être de courte durée : 6 semaines. Au delà : réévaluation régulière de la nécessité de poursuivre le traitement.
La posologie initiale est de 0,25 mg 2 fois par jour puis adaptation par palier de 0,25mg avec un délai minimum de 2 jours entre 2 adaptations.

Le TIAPRIDAL (tiapride) gouttes buvables
Il est indiqué dans le traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité notamment au cours de l'éthylisme chronique ou chez le sujet âgé.
La posologie est de 200 à 300 mg par jour pendant un à deux mois.
Chez le sujet âgé :

- Atteinte progressive de la posologie de 200 à 300 mg/jour.
- Introduction du traitement à faible dose : 50 mg soit 10 gouttes 2 fois par jour.
- Augmentation progressive par paliers de 50 à 100 mg tous les 2 à 3 jours.

Les neuroleptiques peuvent entraîner un allongement du QT. Un ECG est pratiqué à l'instauration du traitement, à un mois puis tous les ans. La glycémie, le bilan lipidique et le poids doivent être également surveillés régulièrement.
Il n'y a pas lieu d'associer deux neuroleptiques.

I – 1.4.2. Effets indésirables des neuroleptiques

- sur le système nerveux central : sédation et somnolence dès le début du traitement
- sur le système extrapyramidal : dyskinésies précoces, syndrome pseudo parkinsonien, dyskinésies tardives avec les traitements prolongés
- sur le système nerveux autonome : effets anticholinergiques : sécheresse buccale, vision brouillée, constipation, diminution du tonus vésical
- sur le système cardiovasculaire : hypotension orthostatique, allongement du QT
- sur le système endocrinien : gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée, dysfonctions sexuelles, prise de poids, hyperlipidémies, intolérance au glucose.
- Augmentation du risque d'AVC chez le sujet dément (+1,8%) de chutes (+ 8%), de troubles de la marche
- autres : abaissement du seuil épileptogène, syndrome confusionnel, troubles cognitifs, troubles de la régulation thermique = syndrome malin des neuroleptiques, neutropénie et agranulocytose (clozapine), ictères, photosensibilisation (phénothiazine).
- Intéractions médicamenteuses multiples

I – 1.4.3. Particularités des neuroleptiques chez la personne âgée

Les neuroleptiques chez le sujet âgé doivent être réservés aux seuls symptômes psychotiques (5) :

- Symptômes comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété importante) provoquant chez le patient une souffrance significative.
- Symptômes mettant en danger le patient ou autrui
- Symptômes empêchant des traitements ou examens indispensables à la prise en charge.

Ils ne doivent pas être utilisés en cas d'hallucinations ou syndrome confusionnel d'allure organique.

Ils sont contre indiqués en cas de démence à corps de Lewy.

Chez la personne âgée : le choix de la molécule doit être la plus adaptée en terme d'efficacité et de bénéfice risque : demi-vie courte, effet anticholinergique faible.
La durée de prescription est limitée avec réévaluation régulière du traitement et de l'efficacité.

Le traitement est débuté à posologie minimum efficace et augmentation très progressive.

Une étude transversale suédoise, menée dans les services de gériatrie et incluant plus de 2000 patients (7) s'est intéressée aux différents facteurs ou symptômes associés à l'utilisation des neuroleptiques chez les personnes âgées. Les résultats retrouvent que la prescription des neuroleptiques est souvent en lien avec la présence de symptômes agressifs, les comportements « errants », les hallucinations, les symptômes dépressifs, ou encore la dépendance. Ceci soulève donc la question de la réelle indication des neuroleptiques chez les personnes âgées et leur impact sur leur qualité de vie.

I – 1.4.4. Programme AMI- Alzheimer: alerte et maitrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer

La réduction de prescription des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer constitue une priorité en matière de prévention de la iatrogénie évitable et d'amélioration de la qualité de vie des patients.

En France, les malades d'Alzheimer sont 6 fois plus exposés aux neuroleptiques que les patients du même âge selon l'indicateur national d'alerte du risque iatrogénique mis en place depuis 2008 (8).

Le programme AMI-Alzheimer mis en place par l'HAS vise à réduire l'usage inapproprié des neuroleptiques et d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement dans cette maladie. Ce programme a pour objectif de diviser par 3 les prescriptions de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer (8)

Les neuroleptiques sont indiqués dans le traitement des psychotiques ou des syndromes délirants avérés.

Au cours de la maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement perturbateurs : cris, agitation, agressivité, déambulation sont très fréquents et touchent 80% des patients et sont à l'origine d'une part importante de prescription de neuroleptiques. Or leur efficacité dans cette indication est faible : 10 à 20% d'efficacité.

Des études récentes ont montré que chez ces patients fragiles, les neuroleptiques sont à l'origine d'effets indésirables fréquents ou sévères : sédation diurne excessive, troubles de la marche avec risques de chutes (+ 8%), survenue d'accidents vasculaires cérébraux (+1,8%) et décès (+1%).

Il y a donc une prescription par excès de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer dans tous les pays. En France, l'exposition aux neuroleptiques concerne 3% de la population âgée, 18% des malades d'Alzheimer et jusqu'à 27% des résidants en EHPAD. Or l'arrêt des neuroleptiques est possible sans phénomène de rebond, de rechute ni de manque dans la plupart des cas, sans nécessité de modalités d'arrêt particulières ou de décroissance progressive.

Les techniques de soins non médicamenteuses :

- Des techniques de soins appropriés : bains au lit, douche adaptée, permettent de réduire de 60% les épisodes agressifs et d'opposition très fréquents lors des toilettes. La recherche et la prise en compte des facteurs stimulant ou apaisant l'agressivité permettent de réduire la fréquence et l'intensité de ces symptômes tout comme les approches de réhabilitation.
- La formation des familles et des aidants à de nouvelles modalités de communication avec ces patients dont le langage s'altère diminue les troubles réactionnels. 8h de formation des soignants et des aidants en EHPAD aux techniques de soins non médicamenteuses réduit de 60% la fréquence des troubles du comportement.

I – 1.5. La maladie d'Alzheimer et les médicaments anti-Alzheimer

Dans ce chapitre, nous allons aborder les principales caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ainsi que sa prise en charge, selon les recommandations de l'HAS (9) (10).

I- 1.5.1. La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative d'évolution progressive. Elle est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'admission en institution. Elle commence bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs diversement associés et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité. L'évolution se fait sur plusieurs années avec l'apparition d'une dépendance progressive.

La maladie d'Alzheimer est la première cause de syndrome démentiel et représente plus de deux tiers des cas. Les autres causes de syndrome démentiel sont : démence vasculaire, démence a corps de Lewy, démence compliquant la maladie de Parkinson et la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

L'évaluation de la sévérité de la maladie est basée sur le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein. Il s'agit d'un test simple explorant l'orientation dans le temps et l'espace, les capacités de calcul, les capacités de mémoire à court terme, la compréhension de demandes simples. Un score inférieur à 25 est à priori anormal (sur 30).

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ne se conçoit que dans un plan de soins et d'aides qui comprend :

- Une prise en charge thérapeutique.
- Une prise en charge médico-psychosociale et environnementale du patient et de son entourage
- D'éventuelles mesures juridiques.

I – 1.5.2. Les médicaments anti-Alzheimer

Les traitements médicamenteux spécifiques sont les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil ARICEPT, galantamine REMINYL, rivastigmine EXELON) et un antiglutamate (mémantine EBIXA). Les traitements médicamenteux ne sont pas obligatoires.

Selon l'AMM, la primo prescription de ce traitement est réservée aux médecins spécialistes neurologues, psychiatres, aux médecins spécialistes titulaires du diplôme d'études spécialisés complémentaires de gériatrie et aux médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaires de la capacité de gérontologie.

Selon l'HAS (11) on peut proposer :
En cas de MMSE > 20 (stade léger) : un inhibiteur de la cholinestérase
En cas de MMSE entre 10 et 20 (stade modéré) : un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate
En cas de MMSE <10 (stade sévère) : un antiglutamate.

En l'état actuel des données il n'y a pas d'argument pour proposer une bithérapie.

Un ECG est recommandé avant la prescription d'un inhibiteur de la cholinestérase chez les patients ayant des antécédents cardiaques, bradycardes ou sous traitement bradycardisant.

Les traitements sont institués à la dose minimale et la dose est éventuellement augmentée progressivement jusqu'à la dose maximale préconisée et tolérée.

Il est recommandé de revoir le patient à 1 mois pour évaluation de la tolérance et ajustement éventuel de la posologie.

Le profil de tolérance des anti cholinestérase est en général bon et globalement similaire. Les troubles digestifs sont l'effet indésirable le plus fréquent (diarrhées, douleurs abdominales, nausées, vomissements).

La mémantine est fréquemment responsable de sensations vertigineuses (7%) pouvant nécessiter l'arrêt du traitement. Des cas d'insomnies, céphalées, hallucinations ont aussi été rapportés.

Le traitement ne doit pas être interrompu tant que le bénéfice est maintenu. La question de l'arrêt de ces médicaments ne fait pas l'objet de consensus. Un arrêt définitif est à envisager en cas d'intolérance ou chez les patients ayant atteint un stade très sévère de la maladie.

I – 2. Etat des lieux de la consommation des psychotropes en France

Selon les données de l'enquête Baromètre Santé de 2010 publiées par l'INSERM (enquête déclarative menée en France dans la population générale, tous les 5 ans et portant sur 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans) 35,1% de la population de 18 à 64 ans déclare avoir expérimenté au moins une fois les médicaments psychotropes et 17,5% en ont consommé l'année écoulée.

Les femmes consomment davantage de médicaments psychotropes par rapport aux hommes : 42,8% versus 26,9% au cours de la vie et 21,4% versus 13,3% au cours de l'année écoulée, ceci quelle que soit la tranche d'âge (12)

Une légère augmentation de la prévalence de la consommation de psychotropes a été observée entre 2005 et 2010 Le nombre de consommateurs augmente progressivement avec l'âge puis se stabilise après la cinquantaine (13)

De plus, l'ANSM publie en janvier 2014 un rapport faisant état des lieux de la consommation de benzodiazépines (14). Les principaux résultats montrent que :

- Près de un tiers des plus de 65 ans (soit 3,5 millions de personnes) est exposé de manière chronique aux benzodiazépines, et environ 660 000 personnes de plus de 85 ans (chiffres de 2011).
- 11,5 millions de français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine en France en 2012
- 22,2% des utilisateurs consomment 2 benzodiazépines et 0,7% en consomment 3.
- Les consommateurs de benzodiazépines âgés en moyenne de 56 ans sont des femmes pour 2/3 d'entre eux. Un tiers des femmes de plus de 65 ans en consomme.
- En 2012, l'alprazolam devient la benzodiazépine la plus consommée en France suivie du zolpidem et du bromazépam.
- Les principaux prescripteurs de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques sont des médecins libéraux parmi lesquels les médecins généralistes prescrivent près de 90% des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques.
- Les temps d'exposition aux benzodiazépines sont parfois très supérieurs aux recommandations d'autorisation de mise sur le marché (AMM) avec une utilisation annuelle de 4 à 5 mois pour les benzodiazépines anxiolytiques et hypnotique
- Chez le sujet âgé, la consommation de benzodiazépines peut favoriser les chutes et perturber la mémoire.

I – 3. Particularités de la prescription médicamenteuse du sujet âgé et état des lieux de la iatrogénie médicamenteuse en France

Selon l'HAS, la personne âgée est définie comme étant une personne de plus de 75 ou de plus de 65 ans et polypathologique. La polypathologie peut être définie comme l'existence d'au moins deux maladies chroniques.

Au recensement de 2016 de l'INSEE, la population de plus de 65 ans représente 19% de la population française totale soit 12,2 millions de personnes (15). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les pathologies se multiplient et par voie de conséquence la polymédication.

La polymédication chez le sujet âgé est souvent habituelle et légitime, mais elle augmente aussi le risque iatrogénique. Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé qui a souvent moins recours aux spécialistes que le sujet jeune.

La prescription du sujet âgé est donc difficile et peut être optimisée. La médication inappropriée se caractérise de trois façons: l'excès de traitement (« overuse »), la prescription inappropriée (« misuse ») et l'insuffisance de traitement (« underuse »).
Des listes de médicaments inappropriées chez le sujet âgé ont été élaborées afin d'éviter la prescription de molécules dont le rapport bénéfice-risque est contestable :

- La liste de Beers, nord américaine dès 1991 puis mise à jour en 2012 puis 2015, qui établit la liste de médicaments dont la prescription devrait être évitée ainsi que les molécules à risque chez le sujet âgé à l'exception des sujets en situation palliative (16).

- La liste de Laroche élaborée en 2007 adaptée à la pratique française basée sur une étude réalisée après synthèse des listés déjà publiées et après étude du marché français. Cette liste contient 34 critères dont 29 médicaments ou classes médicamenteuses potentiellement inappropriées. Elle s'applique aux patients de plus de 75 ans et a l'avantage de proposer des alternatives thérapeutiques en fonction des médicaments non conseillés (17).

- En Irlande, deux outils complémentaires ont été développés coup sur coup :
  Le premier START (Screening Tool To Alert Doctors to the Right Treatment) (18) est utilisé pour identifier les médicaments appropriés chez le sujet de 65 ans ou plus, dans certaines situations cliniques, en l'absence de contre-indications.
  Le second STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) (19), il contient 65 critères classés par système physiologique. Il incorpore les prescriptions inappropriées les plus fréquentes chez le sujet âgé y compris les interactions médicamenteuses, les interactions médicament-maladie, la redondance thérapeutique et les médicaments particulièrement à risque chez les sujets âgés chuteurs.
  Une adaptation française de ces critères a été établie en 2009 par l'équipe de Lang et al. (20).

Selon l'HAS, la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 10 à 20% des hospitalisations des sujets âgés de plus de 70 ans (21).

De plus, les études ont montré que les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans (22).

Une étude prospective française de Doucet et al. (23) incluant 2814 patients de plus de 70 ans entre novembre 1997 et décembre 1999 admis dans un service gériatrique, s'est intéressée à 500 effets indésirables liés aux médicaments. Les principaux médicaments responsables étaient ceux du système cardiovasculaire (43,7%) et les psychotropes (31,1%). Environ 41% des effets indésirables médicamenteux étaient considérés comme évitables (surdosages, interactions médicamenteuses, interactions avec certains maladies chroniques…)

Une étude de cohorte prospective américaine (24) menée de juillet 1999 à juin 2000 dans laquelle plus de 30 000 sujets de plus de 65 ans d'un centre de soins ont été inclus, a voulu évaluer l'incidence et le caractère évitable des événements d'origine iatrogénique (EOI). 1523 EOI ont été identifiés et 38% d'entre eux étaient considérés comme graves, menaçant le pronostic vital, ou fatals. Les erreurs responsables d'effets indésirables évitables sont survenues le plus souvent aux stades de la prescription ou du suivi.

D'autres études se sont plus particulièrement intéressées à la iatrogénie des neuroleptiques :

Selon l'étude IQUARE (25) étude multicentrique menée sur 7375 résidents de 203 EHPAD dans la région Midi-Pyrénées de fin 2010 à fin 2014-début 2015, environ un tiers des patients vivant en EHPAD sont traités par neuroleptiques et au moins un psychotrope est prescrit chez 77,3% des résidents. De façon plus spécifique la prescription de neuroleptiques concerne 24,3% des résidents.
Devant cette consommation inappropriée de psychotropes, se sont ainsi développées de nombreuses tentatives nationales et régionales visant à améliorer la prescription médicamenteuse en EHPAD.

Ainsi, la HAS (Haute Autorité de Santé) en lien avec les professionnels de santé et les institutions a développé, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, le programme AMI-Alzheimer : programme d'Alerte et de Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, (8) visant à alerter les prescripteurs sur les risques associés à la prise de neuroleptiques et à réduire la iatrogénie de cette classe thérapeutique chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'objectif de ce programme est de diviser par 3 la prescription des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer.

Depuis 2005, de nombreux travaux épidémiologiques ont alerté la communauté médicale sur le risque majoré d'AVC (accident vasculaire cérébral) et de décès lors de la prescription de neuroleptiques (26) (27) (28)

En 2012, le British medical Journal a publié des données observationnelles concernant plus de 75000 patients d'EHPAD aux USA tous sous neuroleptiques (29). L'objectif était de comparer le risque de décès en fonction du type de neuroleptique prescrit et de la dose. Bien qu'aucun lien de causalité de peut être montré, les résidents traités par

Halopéridol ont un risque de décès 2 fois supérieur à ceux sous rispéridone et ceux sous quétiapine ont un risque légèrement moindre. Pour toutes les classes le risque est maximal à l'initiation du traitement. Un effet dose est observé pour toutes les classes de neuroleptiques saut quétiapine.

En revanche, il n'existe ce jour aucune étude randomisée comparant les effets indésirables de différents neuroleptiques disponibles sur le marché.

I – 4. Psychotropes et chutes : un lien de causalité ?

Les médicaments psychotropes sont ceux les plus fréquemment rapportés dans la littérature comme facteurs de risque de chutes. Ils contribuent aux risques de chutes par des facteurs directs et indirects : sédation, sensations vertigineuses, baisses des capacités motrices et cognitives, troubles de l'équilibre, troubles visuels, hypotension orthostatique, perturbation du rythme du sommeil, favorisation de la nycturie, augmentation de la masse grasse (neuroleptiques), majoration de la sédentarité, du risque de pneumopathie d'inhalation et de la survenue d'évènements cardiovasculaires participant à la fragilisation de la personne âgée et donc contribuant au risque de chute.
Aucune étude randomisée ne permet d'affirmer le lien de causalité entre psychotropes et chutes. Néanmoins l'abondance et la cohérence des données observationnelles concourent à valider le rôle préjudiciable de ces médicaments dans la survenue des chutes.

Une méta-analyse menée entre 1966 et 1996 (30) analyse le rôle des hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques sur le risque de chute chez les personnes de plus de 60 ans. Les auteurs concluent à une association modeste mais significative entre la consommation de psychotropes et la survenue des chutes. Les auteurs notent également une majoration du risque de chute en cas d'utilisation concomitante de plusieurs psychotropes.

Une seconde méta-analyse (études menées entre 1996 et 2007) (31) aboutit au même constat avec des données plus récentes

Enfin, une autre méta-analyse (études menées de 1996 à 2007) (32) confirme les données précédentes. Cette étude rapporte également un risque de chute associé à la prise de différents psychotropes environ 2 fois supérieur chez des sujets ayant fait des chutes traumatisantes. En revanche, l'association entre chutes et psychotropes est moindre dans les tranches d'âges élevées (plus de 80 ans) comparativement aux plus jeunes (moins de 80 ans), ceci soulevant l'hypothèse que les prescriptions médicamenteuses chez les sujets âgés sont de plus courte durée et de posologie moindre.

<u>En fonction du psychotrope :</u>

La majorité des travaux étudiant le risque de chute lié à la prise de médicaments psychotropes l'ont étudié par classe médicamenteuse (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques).

La prise d'antipsychotique est associée à un risque de chute multiplié par 2. La réduction du risque de chute lors de l'utilisation d'antipsychotiques atypiques par rapport aux antipsychotiques habituels n'est pas démontrée.

La prise d'antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de recapture de sérotonine est associée à un risque de chutes et de fractures chez le sujet âgé. Plusieurs travaux montrent un risque de chutes particulièrement élevé lors de l'introduction du traitement. (33) (34) (35) . Le risque associé aux antidépresseurs serait cumulatif à celui lié directement à la dépression. Le risque semble comparable avec les tricycliques et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Dans les populations de sujets déments vivant en institution, de faibles doses d'inhibiteurs de la recapture de sérotonine (50% de la dose habituelle) sont associées à une augmentation de 73% du risque de chute et ce risque est dose dépendant (36).

Une revue de la littérature des études menées entre 1975 et 2005 (37) rapporte que les patients traités par hypnotiques (certains benzodiazépines) et les plus récents composés dits « Z » (Zopiclone, Zolpidem et Zaleplon non commercialisé en France) ont un risque de chute 2 fois supérieur à celui des patients sans traitement. Néanmoins cette étude rapporte que les chutes et fractures chez les patients utilisant les composés « Z » étaient moins fréquemment rapportés.

Une étude cas témoin montre que l'utilisation d'hypnotiques non benzodiazépines est associée à un risque de fracture de la hanche multiplié par 2 (38) .

De même une étude de cohorte prospective menée en Norvège (n= 906422) (39) suggère que l'utilisation d'anxiolytiques et hypnotiques y compris anxiolytiques de type benzodiazépine à action brève et les composés dits « Z » auparavant considérés comme moins dangereux (étude Allain) est associée à un risque accru de fracture de la hanche.

Pour les personnes âgées vivant en institution, le risque de chute associé à la prise d'hypnotiques dits « Z » reste élevé (OR= 1 ,66 , IC 95% [1,45-1,90]) notamment lors de l'introduction du traitement. Les résidents ayant une altération cognitive seraient plus à risque de chute lors du recours aux hypnotiques (OR=2,20; IC 95% [1,76-2,74]) (40)

Ces données récentes invitent donc à la prudence lors de l'introduction de nouveaux hypnotiques comme pour les benzodiazépines notamment chez les personnes âgées vulnérables.

En fonction de la dose de psychotrope :

Le risque de chute est dépendant de la dose de médicament psychotrope que ce soit que ce soit pour les neuroleptiques les antidépresseurs (33) et les benzodiazépines (41)

La combinaison de plusieurs médicaments psychotropes (3 ou +) constitue un signal d'alerte. L'association entre le nombre de médicaments psychotropes, le dosage et le risque de chutes est particulièrement forte dans les populations vivant en EHPAD (42).

Il apparaît donc que de nombreuses études se sont intéressées à la prescription des psychotropes en EHPAD et en particulier à leur iatrogénie. En revanche, nous n'avons pas retrouvé d'études s'intéressant particulièrement à l'évolution de leur prescription sur une année au sein d'un même EHPAD et d'évaluer ainsi l'éventuel impact sur la iatrogénie.

I – 5. Les objectifs de l'étude

I – 5.1. Hypothèse et justification de l'étude

Les patients vivant en EHPAD sont les plus exposés à la polymédication, et par voie de conséquence à la iatrogénie médicamenteuse, que les personnes âgées vivant à leur domicile du fait de leurs situations médicales et psychologiques complexes.
Pourtant, malgré cette polymédication, on assiste régulièrement au renouvellement total du traitement du patient sans réévaluation systématique de chaque molécule prescrite.

Devant cette constatation, l'ARS a mis en place en 2013 un projet de sensibilisation sur la prescription des psychotropes par les médecins généralistes en EHPAD, fondée sur la révision des ordonnances concernant la prescription des neuroleptiques au delà de un mois de traitement : lors du renouvellement de la prescription de neuroleptiques, le médecin devait justifier ce renouvellement et cette justification devait être inscrite dans le dossier médical du patient.

L'idée était alors d'élargir cette étude à l'ensemble des psychotropes c'est à dire antidépresseurs, benzodiazépines anxiolytiques, benzodiazépines hypnotiques, neuroleptiques ainsi que médicaments anti- Alzheimer.

A l'aide d'un outil de révision informatique des ordonnances, nous nous sommes intéressés à l'évolution de la prescription des psychotropes au cours de l'année 2013 en comparant les ordonnances des patients inclus aux mois de janvier, de juin et de décembre 2013.

Ainsi, le plus souvent à l'occasion du renouvellement mensuel du traitement du patient, il était discuté, si possible en présence de l'infirmière et du médecin coordonnateur de l'EHPAD, de la pertinence de la poursuite ou non du traitement psychotrope, ou des modifications éventuelles de posologie.
Au fur et à mesure, les modifications thérapeutiques éventuelles ou les tentatives de modifications de traitement y compris modifications de posologies et leurs conséquences éventuelles sur le patient, étaient notifiées sur l'outil de révision informatique permettant d'avoir une vision globale de l'évolution des prescriptions pour chaque patient.

L'hypothèse de notre étude est donc que cet outil de révision informatique permettrait de réduire le nombre de psychotropes prescrits et donc de réduire la iatrogénie médicamenteuse.

I – 5.2. Question de recherche de l'étude

La question de recherche de notre étude est d'évaluer quel est l'impact d'un outil de révision des ordonnances sur la prescription des psychotropes au cours d'une année au sein d'un EHPAD ?

I – 5.3. Objectif principal et critère de jugement principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'évolution de la prescription des psychotropes au sein de l'EHPAD de Canéjan au cours de l'année 2013 suite à l'utilisation d'un outil de révision informatique des ordonnances.

Le critère de jugement principal retenu est donc la quantité de psychotropes (c'est à dire antidépresseurs, benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques, et neuroleptiques) prescrits en terme de nombre de psychotropes et de posologie.

I - 5.4. Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- D'évaluer l'évolution des hospitalisations éventuellement en lien avec la iatrogénie en s'intéressant plus particulièrement à l'évolution des chutes.
- D'évaluer l'évolution du nombre de lignes de traitements prescrits toutes classes confondues au cours de l'année 2013
- D'évaluer l'éventuel impact de l'utilisation de l'outil de révision des ordonnances sur les pratiques quotidiennes des infirmières notamment sur le temps de préparation des piluliers par l'intermédiaire d'une approche qualitative
- D'évaluer l'impact de cet outil de révision sur le coût économique.

Les critères de jugement secondaires retenus sont donc le nombre d'hospitalisations secondaires à une chute éventuellement en lien avec la iatrogénie, la quantité de lignes de traitements prescrits, le temps de préparation des piluliers et le coût économique.

II – Matériel et méthodes

II – 1. Le schéma d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective, monocentrique menée au sein de l'EHPAD de Canéjan sur l'année 2013.

L'étude va comparer l'évolution de la prescription des psychotropes aux mois de janvier, juin et décembre 2013 pour les patients inclus de l'EHPAD et étudier l'impact de l'outil de révision des ordonnances sur ces prescriptions.

Les données ont été recueillies de manière rétrospective, sans procédure d'insu, en quatre étapes.

La première étape consistait à recueillir le traitement de chaque patient inclus aux mois de janvier, juin et décembre 2013 à l'aide du logiciel informatique Win Pharma de la pharmacie de la House de Cestas (pharmacie de l'EHPAD) et avec l'aide de la pharmacienne. Il faut noter que cette pharmacie est la seule pharmacie à délivrer les médicaments à l'EHPAD. Il s'agit d'une pharmacie libérale et non une pharmacie à usage intérieur (PUI).

La deuxième consistait en la collecte des données médicales des patients (antécédents, transmissions infirmières et médicales, compte rendus spécialisés et d'hospitalisation..) contenues dans les dossiers médicaux informatiques de l'EHPAD grâce au logiciel MEDICOR, ainsi que dans le classeur papier recensant l'ensemble des chutes pour chaque patient et leurs éventuelles conséquences.

La troisième étape consistait en un questionnaire audio de l'infirmière présente à l'époque dans l'EHPAD et enregistré à l'aide d'un dictaphone afin d'avoir une approche qualitative de cet outil de révision des ordonnances.

Enfin, lors de la dernière étape, j'ai pu récupérer les résultats statistiques concernant la prescription des psychotropes de l'EHPAD au cours de l'année 2013 que la CPAM était venue présenter au sein de la structure au mois de juillet 2015, à l'aide du médecin coordonnateur qui était présent lors de cette réunion et possédait donc ces documents.
J'ai également contacté par mail la CPAM afin d'obtenir d'éventuels résultats supplémentaires pour l'année 2013. Celle- ci n'avait pas de résultat supplémentaire à me donner puisque la totalité des résultats pour cette année là avait déjà été présentée et donnée au médecin coordonnateur. En revanche j'ai pu obtenir quelques résultats statistiques sur la prescription des psychotropes pour l'année 2012 mais ceux-ci étaient très succincts et n'ont donc pas été exploités pour notre étude.

II – 2. L'outil de révision des ordonnances

L'outil de révision des ordonnances a été élaboré à partir de la recommandation HAS sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé dont le modèle figure en annexe 1.

Selon cette recommandation, pour chaque patient, l'objectif était de décrire l'ordonnance en cours. Ensuite pour chaque ligne de traitement, il convenait de justifier de son indication, de l'absence de contre-indication, de sa posologie optimale ou non, de sa galénique et enfin de la pertinence ou non de sa poursuite.

Ainsi, à partir de ce document de l'HAS, a été élaboré l'outil de révision informatique des ordonnances utilisé au sein de l'EHPAD pour notre étude.

Cet outil a été établi au mois de janvier 2013 puis a fait l'objet d'une réévaluation tous les 6 mois, soit au mois de juin 2013 (figure en annexe 2) au cours de la commission de coordination gérontologique, et au mois de décembre 2013 (figure en annexe 3).

Il faut noter que la commission de coordination gérontologique a lieu une fois par an au mois de juin et que sur les 12 médecins traitants exerçant dans l'EHPAD, seuls 4 médecins étaient présents à la commission de juin 2013, dont un prenait en charge environ la moitié des patients et à eux 4, environ 75% des patients.

II - 3. La population de l'étude

II - 3.1. Présentation de l'EHPAD

L'EHPAD de Canéjan dans laquelle a été menée notre étude est une petite structure avec une capacité maximale de 24 lits.

L'EHPAD ne comporte que des hébergements complets. Il s'agit d'une structure fermée dont l'accès et la sortie se fait par un code secret et sans accès possible direct à la route. En revanche, elle ne dispose pas d'unité Alzheimer.

Il y a au total 12 médecins traitants intervenants dans cet EHPAD au cours de l'année 2013 dont un médecin prenant en charge environ la moitié des patients.

Le médecin coordonnateur est présent 5h par semaine au sein de l'EHPAD. Il y a une IDE et demi en moyenne par jour présente dans l'EHPAD.

Les réévaluations de médicaments étaient synthétisées lors de réunions hebdomadaires avec infirmières, kinés, assistante sociale, et médecin coordonnateur, le mardi.

La structure ne comporte pas de psychomotricien, mais seulement des kinésithérapeutes intervenants en tant que libéraux.

Le taux d'occupation sur 2013 était de 91,7%.

Le taux de décès sur 2013 était de 36,4%.

Le taux de décès après 3 mois d'entrée était de 0%, selon les données établies par l'Assurance maladie (profil individualisé rendu en juillet 2015).

Le GMP (GIR moyen pondéré) pour l'EHPAD en 2013 était de 727.11

Le PMP (Pathos moyen pondéré) pour l'EHPAD en 2013 était de 168

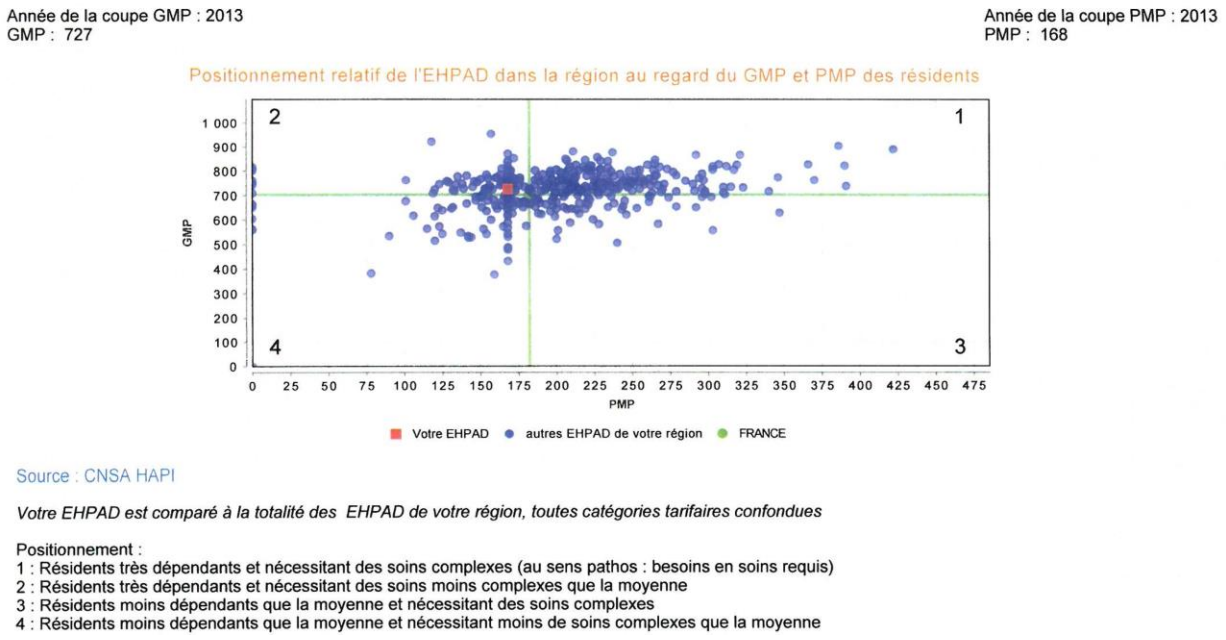


Figure 1 : Positionnement relatif de l'EHPAD dans la région au regard du GMP et PMP des résidents

II – 3.2 La population étudiée

II – 3.2.1. Critères d'inclusion

Il s'agit de l'ensemble des patients :

- présents au sein de l'EHPAD
- entre le 1er janvier 2013 et 31 décembre 2013
- pendant une durée consécutive minimum de 6 mois permettant ainsi au moins un comparatif des prescriptions aux mois de janvier-juin ou juin-décembre.

II – 3.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- les patients arrivés au sein de l'EHPAD au delà du mois de juin 2013
- les patients décédés ou ayant quitté l'EHPAD définitivement avant le mois de juin 2013
- les patients ayant bénéficié d'un hébergement temporaire hors de l'EHPAD au cours de l'année 2013 pour une durée supérieure ou égale à 6 mois. (ex : une patiente hébergée chez sa fille du mois de février à novembre 2013).

II – 4. Modalités de sélection

La liste des patients correspondant aux critères d'inclusion a été obtenue à l'aide de la fiche de synthèse de l'outil de révision des ordonnances en 2013, fiche informatique fournie par le médecin coordonnateur de l'EHPAD (figure en annexe 2 et 3). Sur cette liste figurait ainsi le nom de chaque patient présent en 2013 dans l'EHPAD.
Ensuite, je me suis rendue au sein de l'EHPAD en présence du médecin coordonnateur afin de pouvoir consulter le dossier médical informatique de chaque patient et de s'assurer ainsi de l'absence de critère d'exclusion (date d'entrée dans l'EHPAD après juin 2013, date de sortie ou décès avant juin 2013, période d'absence de l'EHPAD supérieure à 6 mois). Une fois la liste de patients inclus établie, je pouvais donc réaliser le début du recueil des données.

II – 5. Modalités du recueil de données

II – 5.1. Première étape : recueil des données à la pharmacie de l'EHPAD

Au cours de cette phase, je me suis rendue à trois reprises au sein de la pharmacie de la House de Cestas, en présence de la pharmacienne. Le médecin coordonnateur était présent lors de ma première visite à la pharmacie.

Le recueil des données s'est fait à l'aide du logiciel Win Pharma.
En ouvrant ce logiciel, je sélectionnais l'année 2013.
Grâce à ma liste des patients inclus obtenue selon les modalités de sélection décrites ci-dessus, je devais entrer un par un, le nom de chaque patient inclus.
Ainsi, en entrant le nom du premier patient de ma liste, j'obtenais la liste de l'ensemble des traitements prescrits et délivrés chaque jour de l'année 2013 pour ce patient (du 1er janvier au 31 décembre 2013).
A partir de cette liste, je sélectionnais ensuite la période du 1er au 31 janvier 2013, puis du 1er au 30 juin 2013 et enfin du 1er au 31 décembre 2013 afin d'obtenir l'ensemble des traitements prescrits et délivrés (médicaments toutes classes confondues) pour tous les jours du mois janvier, de juin et de décembre.
Je pouvais également obtenir l'ordonnance établie par le médecin prescripteur pour chacun de ces mois en cliquant sur « ordonnance » pour la période du 1er au 31 janvier 2013, du 1er au 30 juin 2013, et du 1er au 31 décembre 2013.
J'avais donc pour chaque patient, une vision globale de tous les médicaments prescrits et délivrés en janvier juin et décembre avec leurs posologies (médicaments toutes classes confondues) ainsi que les ordonnances établies par le médecin prescripteur pour ces mois-ci.
Enfin, sur chacune des listes de traitements de janvier, juin et décembre, je soulignais tous les médicaments faisant partie des psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques mais aussi médicaments anti-Alzheimer).
J'ai donc répété cette opération 23 fois, pour chacun des 23 patients inclus.

L'avantage de ce recueil de données était que j'avais accès à toutes les éventuelles modifications de courte durée, ou administrations mêmes ponctuelles de traitements

psychotropes ne figurant donc pas nécessairement sur les ordonnances de janvier juin et décembre. (par exemple une diminution de posologie de LEXOMIL tentée entre le mois de février et avril n'apparaissant donc pas sur l'ordonnance de juin).

De plus, la pharmacie de la House étant la seule pharmacie responsable de la délivrance des médicaments de cet EHPAD, je pouvais connaître avec certitude l'ensemble des médicaments prescrits et délivrés pour chaque patient.

II – 5.2. Deuxième étape : recueil des données sur dossiers informatiques à l'EHPAD

Une fois obtenu pour chaque patient inclus, leurs traitements psychotropes aux mois de janvier, juin et décembre, ainsi que les éventuelles modifications intermédiaires, je me suis rendue à plusieurs reprises au sein de l'EHPAD en présence du médecin coordonnateur afin de consulter les dossiers médicaux informatiques de chaque patient. En effet, la présence du médecin coordonnateur était nécessaire, l'accès informatique nécessitant des codes confidentiels.

Pour chaque patient j'ai donc recueilli l'ensemble des données nécessaires à l'étude :

- la date d'entrée dans l'EHPAD
- la date d'éventuelle sortie ou décès au cours de l'année 2013
- l'âge du patient
- la classification du GIR
- les antécédents du patient en particulier les antécédents psychiatriques
- les compte rendus de consultations spécialisées
- les compte rendus d'hospitalisation
- les transmissions paramédicales et médicales

Enfin, j'ai pu consulter le classeur papier récapitulatif de l'ensemble des chutes survenues en 2013 dans l'EHPAD. Ainsi, chaque chute était classée par date de survenue et numérotée. Pour chaque chute était notée le nom du patient, les circonstances de la chute, les conséquences éventuelles de cette chute (hospitalisation, plaie, trauma…)

II – 5.3. Troisième étape : questionnaire audio de l'infirmière référente de l'EHPAD

Pour cette troisième étape, je me suis rendue une dernière fois au sein de l'EHPAD afin de rencontrer l'infirmière présente à l'époque pour un questionnaire que j'ai pu enregistrer à l'aide d'un dictaphone.
Au cours de cet entretien, j'ai pu aborder plusieurs points afin d'avoir une vision plus qualitative sur cet outil de révision des ordonnances.
Les principales questions abordées étaient :

- les modalités de la réévaluation des psychotropes : moment le plus opportun, nombre de médicaments réévalués, type de modifications
- la perception de cette révision des ordonnances par les médecins généralistes

- les modifications éventuelles dans la pratique quotidienne des infirmières de cette réévaluation

- Déroulement de l'entretien et recueil des données

Le rendez-vous a été fixé par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et la rencontre s'est faite au sein de l'EHPAD, dans une salle isolée. L'entretien s'est déroulé au mois de juin 2016 et a duré environ 20 minutes.

A mon arrivée, je me suis présentée, j'ai expliqué le sujet de la thèse et le but de cet entretien à savoir recueillir son ressenti vis à vis de l'outil de révision des ordonnances. Je lui ai précisé l'anonymat des données recueillies afin de la mettre à l'aise et de faciliter la discussion.

Ensuite, l'infirmière a été invitée à répondre aux différentes questions qui avaient été réfléchies auparavant et en concertation préalable avec le médecin coordonnateur (ce questionnaire initial figure en annexe 10). Il s'agissait de ne pas poser de questions fermées afin de faciliter la discussion et de laisser la possibilité de poser des questions supplémentaires en fonction des réponses fournies.
Dans la mesure du possible, j'ai essayé d'adopter une attitude non directive et une position où la participante n'est pas soumise au jugement et où l'intérêt est accordé à ses propos.

L'entretien a été enregistré au moyen d'un dictaphone numérique m'appartenant.

- Traitement des données

L'entretien audio a été retranscrit mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word pour Mac 2011 le plus fidèlement possible : l'ensemble des propos ainsi que les hésitations ou même les erreurs de grammaire ont été retranscris intégralement.

Ensuite, le verbatim a été relu tout en écoutant à nouveau la bande audio afin de s'assurer que l'ensemble des informations ont bien été retranscrites et pour corriger d'éventuelles erreurs de retranscription, mais sans jamais reformuler ou interpréter les idées recueillies, ceci afin d'en préserver l'authenticité.
Le verbatim a été mis en annexe 11 de la thèse.

II – 5.4. Quatrième étape : recueil des résultats statistiques présentés par la CPAM

La CPAM est venue au sein de l'EHPAD de Canéjan au mois de juillet 2015 présenter ses résultats statistiques concernant la prescription des psychotropes dans la structure au cours de l'année 2013. Les résultats présentés avaient pour but d'établir le profil de prescription des différentes classes de psychotropes au sein de l'EHPAD et de les comparer ensuite aux résultats des autres EHPAD de même catégorie de la région puis de la France pour l'année 2013.

L'ensemble des résultats présentés a ensuite été donné au médecin coordonnateur présent lors de cette réunion. J'ai donc pu par la suite récupérer l'ensemble de ces données.

En parallèle, j'ai aussi contacté par mail la CPAM afin de savoir si d'autres résultats étaient éventuellement disponibles pour notre EHPAD cette année-là. Mais l'ensemble des résultats avait déjà été présenté lors de cette réunion. J'ai en revanche pu obtenir quelques résultats statistiques sur la prescription des psychotropes dans l'EHPAD pour l'année 2012, mais ces résultats étaient très succincts et n'ont donc pas été exploités dans notre étude.

II – 6. Aspects éthiques, confidentialité

Afin de garantir la confidentialité des données, deux fichiers informatiques (Excel) distincts ont été créés.

Le premier contenait les identités des patients (nom et prénom, sexe âge), leurs initiales et un numéro qui leur était attribué. Tout au long de l'étude, j'ai été la seule personne à avoir accès à ce document.

Sur le second fichier, recensant la totalité des données pour chaque patient ainsi que leurs traitements, les résidents étaient uniquement identifiés par leurs initiales et le numéro qui leur était attribué.

De plus, lors de l'entretien audio de l'infirmière de l'EHPAD, son anonymat a bien sûr été respecté.

III - Résultats

III – 1. Diagramme de flux

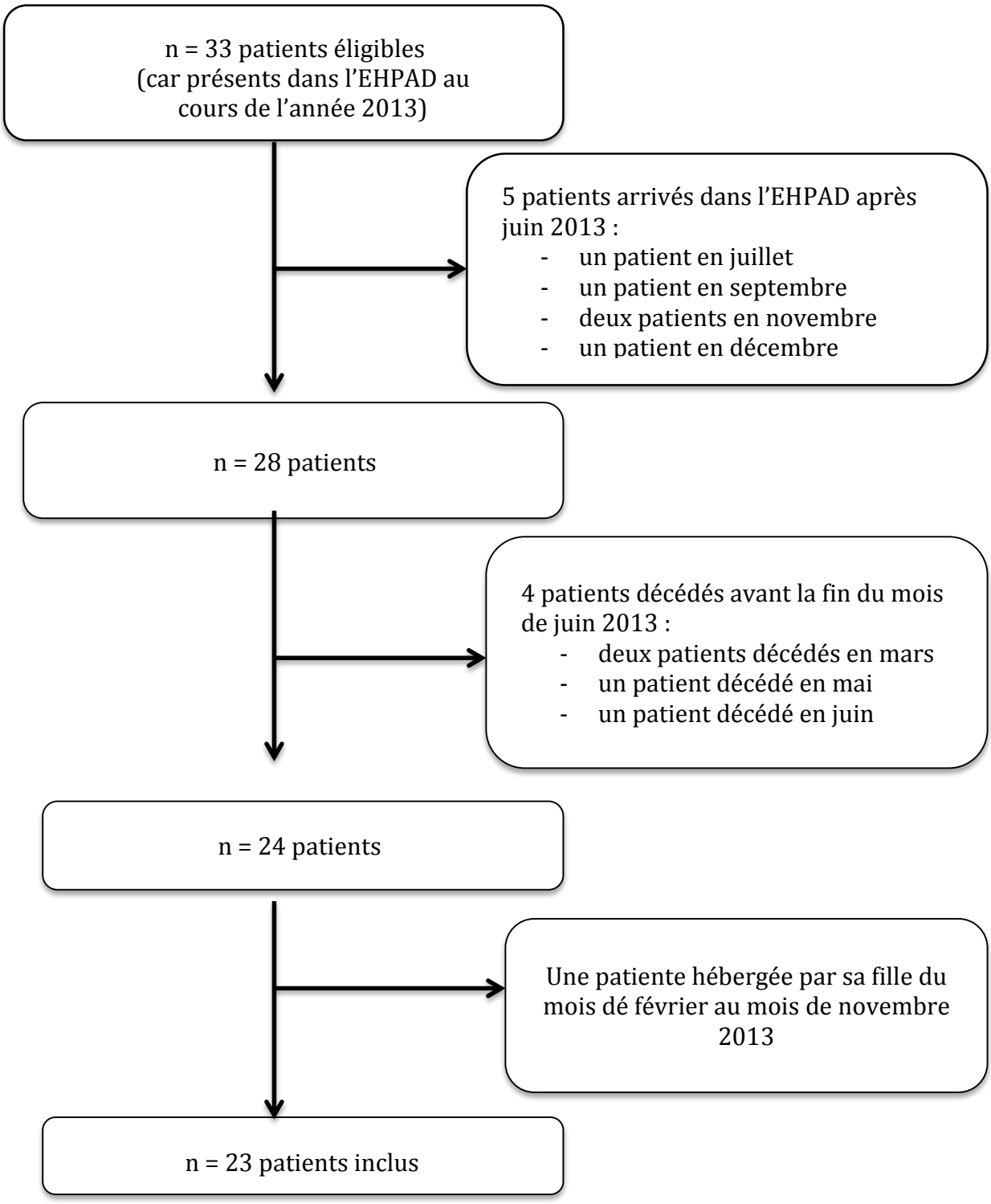


Figure 2 : Diagramme de flux de la population

Au total, 33 patients ont été présents au cours de l'année 2013 au sein de l'EHPAD. Parmi eux, 5 patients ont du être retirés de l'étude, car arrivés après le mois de juin 2013 et donc présents moins de 6 mois consécutifs ce qui ne permettait pas de faire au moins un comparatif des prescriptions janvier-juin 2013.

De plus, 4 autres patients sont décédés au cours de l'année 2013, avant la fin du mois de juin et ont donc dû être également exlus.
Enfin, une patiente de l'EHPAD est retournée vivre chez sa fille du mois de février au mois de novembre 2013 et a donc également été exclue.
La population effetivement incluse dans l'étude était donc constituée de 23 patients.
En particulier, il y avait 20 patients présents au mois de janvier 2013, 23 présents au mois de juin et 19 patients présents au mois de décembre.

III – 2. La population incluse : caractéristiques démographiques et médicales

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et médicales de la population de l'EHPAD de Canéjan aux mois de janvier, juin et décembre 2013

	Janvier 2013 (n= 20)		**Juin 2013** (n= 23)		**Décembre 2013** (n=19)	
	N	*%*	N	*%*	N	*%*
Age (ans)						
Moyenne	87,8		88,4		88,1	
Médiane	86,5		87		87	
Sexe						
Femme	18	*90%*	21	*91,3%*	17	*89,5%*
Homme	2	*10%*	2	*8,7%*	2	*10,5%*
GIR						
1	4	*20%*	4	*17,4%*	2	*10,5%*
2	9	*45%*	11	*47,8%*	10	*52,6%*
3	3	*15%*	4	*17,4%*	4	*21,1%*
4	1	*5%*	1	*4,4%*	0	*0%*
5	3	*15%*	3	*13%*	3	*15,8%*
Antécédents						
Psychiatriques	18	*90%*	20	*87%*	16	*84,2%*
Pas d'antécédent psychiatrique	2	*10%*	3	*13%*	3	*15,8%*
Nombre de patients ayant une Maladie Alzheimer ou apparentée	11	*55%*	13	*56,5%*	10	*52,6%*

Il ressort de ce tableau que la population incluse avait en moyenne 87,8 ans en janvier, 88,4 ans en juin et 88,1 ans en décembre.
En moyenne, 90% des patients de l'EHPAD sont des femmes et 10% sont donc des hommes.
Que ce soit en janvier, juin et décembre, environ 65% des patients sont classifiés GIR 1 ou 2. Le niveau de dépendance est donc élevé.

On constate qu'en janvier, 90% des patients de l'EHPAD ont des antécédents psychiatriques (toutes pathologies psychiatriques confondues) 87% en juin et 84,2% des patients en décembre.

Enfin, un peu plus de 1 patient sur 2 présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée que ce soit aux mois de janvier, juin ou décembre 2013.

III - 3. Vision globale de la prescription des psychotropes au sein de l'EHPAD sur l'année 2013 de l'ensemble des patients inclus dans l'étude

NOM	AGE	GIR	ANTECEDENTS PSY	JANVIER	JUIN	DECEMBRE	EVOLUTION
A.L	86	1	Démence stade sévère Syndrôme dépressif	SEROPLEX 10 1/2/jour	SEROPLEX 10 1/2/jour	SEROPLEX 10 1/2/jour	AUCUNE MODIFICATION
B.E	91	2	Démence mixte stade sévère	ABSENTE	AUCUN PSYCHOTROPE	SERESTA 10 mg 1/2 le matin et 1 le soir et XANAX 0,25 1/jour	Ajout SERESTA et XANAX en décembre 2013
B.Ra	95	2	Syndrome démentiel stade sévère	BROMAZEPAM 0.25 1/jour CITALOPRAM 20 mg 1/jour THERALENE 5 mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour REMINYL 4mg 1 cp x2/jour	BROMAZEPAM 6mg 0,25 1/jour CITALOPRAM 20 mg 1/jour THERALENE 5 mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour REMINYL 4 mg 1 cpx2/jour	BROMAZEPAM 6mg 0,25 1/jour CITALOPRAM 20mg 1/jour THERALENE 5mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour REMINYL 4 mg 1cp x2/jour	AUCUNE MODIFICATION
B.Re	81	2	Démence mixte	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN
B.M	95	3	Tableau confusodémentiel évoqué en 2011 non exploré par la suite	SERTRALINE 25mg 1/jour	SERTRALINE 50mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour SERESTA 10mg 1/2/jour	SERTRALINE 50mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour SERESTA 10mg 1/2/jour	ATARAX et THERALENE en février uniquement. Ajout SERESTA en FEVRIER puis ajout ZOPICLONE en juin.
B.J	80	1	Démence mixte	ZOPICLONE 7,5mg 1/2 le soir si besoin	ZOPICLONE 7,5mg 1/2 le soir si besoin	ZOPICLONE 7,5mg 1/2 le soir si besoin	AUCUNE MODIFICATION/
C.M	95	2	Démence Alzheimer depuis 2012	ARRIVEE en MARS apres hospit XA: BROMAZEPAM 6mg 0,25 le soir	ZOPICLONE 7,5mg 1 le soir	ZOPICLONE 7,5mg 1 le soir	switch LEXOMIL pour IMOVANE en mai / Sortie de XA en mars avec ARICEPT, arrêté ensuite à partir du mois de juin.

				ARICEPT 5 mg 1 le soir			
C.D	87	2	Syndrome dépressif	STABLON 12,5mg 1 matin et soir ZOLPIDEM 10 mg 1/jour	STABLON 12,5 mg 1 matin et soir ZOLPIDEM 10mg 1/2/jour	STABLON 12,5mg 1 matin et soir ZOLPIDEM 10mg 1/2/jour	Diminution de moitié du ZOLPIDEM réussie le 27/02 et pendant 6 mois. PUIS Echec réduction posologie
D.Y	90	3	Pas d'antécédent psy	ABSENTE	AUCUN	STRESAM 50mg 1cpx3/jour SEROPLEX 5mg 1/jour ALPRAZOLAM 0,25	Ajout STRESAM en octobre. . Et Ajout SEROPLEX et ALPRAZOLAM en décembre.
F.C	87	2	Trouble bipolaire	CITALOPRAM 20mg 1/2/jour THERALENE 10 gouttes le soir ATARAX 25 mg 2/1/4	CITALOPRAM 20mg 1/2/jour THERALENE 15 gouttes le soir ATARAX 25 mg 2/1/4 TERCIAN 3 gouttes midi 5 gouttes le soir	CITALOPRAM 20mg 1/2/jour THERALENE 15 gouttes le soir ATARAX 25 mg 2/1/4 TERCIAN 2 gouttes le soir	Introduction TERCIAN en MARS. Diminution progressive ensuite en vue d'un arrêt. Essai diminution ATARAX de 6/jour a 4/jour : crise angoisse. Essai diminution THERALENE et ATARAX: échec en cours de diminution.
G.P	98	2	Syndrome démentiel	RISPERDAL 1 mg 1/2 matin et soir RISPERDAL 1mg en cas d'agitation ZOLPIDEM 10mg 1 le soir	RISPERDAL 1 mg 1/2 matin et soir RISPERDAL 1mg en cas d'agitation ZOLPIDEM 10mg 1 le soir	MOIS d'OCTOBRE: RISPERDAL 1mg en cas d'agitation ZOLPIDEM 10mg 1 le soir	Arrêt du RISPERIDONE en systématique en juillet, poursuivi uniquement en si besoin. Essai réduction de moitié du ZOLPIDEM: difficultés.
GS.J	82	2	Syndrome dépressif	SEROPLEX 20mg 1/jour BROMAZEPAM 6mg 0.25 le midi et 0.5 le soir	ATHYMIL 30mg 1le soir BROMAZEPAM 6mg 0.5 le soir	TRANXENE 10 mg 1 le soir ATHYMIL 30mg 1le soir BROMAZEPAM 6mg 0.5 le soir	Switch SEROPLEX pour ATHYMIL en février. Diminution du LEXOMIL. Introduction du TRANXENE en août.
G.J	77	1	Démence mixte évoluée	RISPERDAL 1mg 1/2/jour PAROXETINE 20mg 1/jour EBIXA 20 mg le matin	RISPERDAL 1mg 1/2/jour	ABSENTE	Arrêt PAROXETINE en mars. Arrêt RISPERDAL en juin. Réduction du ttt par l'EMSP. Décès 2 octobre 2013 (fin de vie). Arrêt EBIXA en avril.
H.G	85	5	Syndrome dépressif	SEROPLEX 10 mg 1/jour	SEROPLEX 10mg 1/jour	SEROPLEX 10 mg 1/jour	AUCUNE MODIFICATION
L.P	95	5	Pas d'antécédent psy	SEROPLEX 10 mg 1/jour STRESAM 2/jour ZOLPIDEM	SEROPLEX 10 mg 1/jour STRESAM 2/jour ZOLPIDEM	SEROPLEX 10 mg 1/jour STRESAM 2/jour ZOLPIDEM 10 mg 1/jour	Essai de réduction de moitié de la posologie du STRESAM et ATARAX: échec.

				10mg 1/jour ATARAX 25mg 1 matin et soir	10mg 1/jour ATARAX 25 mg 1 matin et soir	ATARAX 25 mg 1 matin et soir	
L.M.R	84	2	Syndrome dépressif majeur entrant dans un trouble bipolaire probable	EFFEXOR LP 75 1/jour	EFFEXOR LP 75 1/jour	EFFEXOR LP 75 1/jour	AUCUNE MODIFICATION
M.A	101	4	Syndrome anxiodépressif	BROMAZEPAM 6mg 0,75 le soir CITALOPRAM 20mg 1/jour ZOLPIDEM 10mg 1/2 le soir	BROMAZEPAM 6mg 0,25 le soir SEROPLEX 5mg 1/jour ZOLPIDEM 10mg 1/2 le soir	Mois d'AOUT: SEROPLEX 5mg 1/jour ZOLPIDEM 10mg 1/2 le soir	Switch CITALOPRAM pour SEROPLEX avec diminution à 5mg en mai. Diminution posologie du BROMAZEPAM en juin puis arrêt. Décès août.
M.H	83	1	Démence mixte stade sévère	ALPRAZOLAM 0,25 1/jour EFFEXOR LP 75 1/jour THERALENE 5mg 1/jour EBIXA 10 mg le matin	EFFEXOR LP 75 1/jour THERALENE 5mg 1/2 le soir EBIXA 10 mg le matin	En novembre : VALIUM 10 gouttes matin midi et soir	Diminution de moitié de la posologie du XANAX puis arrêt le 13/04. Diminution posologie THERALENE puis arrêt. Arret EFFEXOR en octobre. Introduction du VALIUM le 30/09. Arrêt EBIXA en octobre.
P.G	90	2	Syndrome dépressif	RISPERDAL 1 mg 1 matin et soir PAROXETINE 20 mg 1/jour	PAROXETINE 20mg 1/jour	PAROXETINE 20mg 1/jour	Arrêt RISPERDAL en février.
S.A	87	2	Démence sénile	RISPERDAL 1mg 1/2 matin et soir ZOPICLONE 7,5mg 1 le soir	RISPERDAL 1mg 1/2 matin et soir ZOPICLONE 7,5mg 1 le soir	RISPERDAL 1mg 1/2 matin et soir ZOPICLONE 7,5mg 1 le soir	AUCUNE MODIFICATION
S.R	97	5	Pas d'antécédent psy	AUCUN	AUCUN	CITALOPRAM 20mg 1/jour	THERALENE gouttes en février, puis arrêt en mai suite hospitalisation. Introduction de CITALOPRAM en décembre.
S.S	84	3	Syndrome démentiel	AUCUN	HALDOL 5 gouttes matin 10 gouttes midi 5 gouttes soir	AUCUN	TTT par HALDOL de mai à juin

V.O	83	3	Trouble bipolaire Syndrome démentiel	ATARAX 2 gouttes 3fois par jour IXEL 50mg 1 matin et soir THERALENE 30 gouttes le soir TIAPRIDAL 30 gttes matin 25 midi et soir	ATARAX 2 gouttes 3fois par jour IXEL 50mg 1 matin et soir THERALENE 30 gouttes le soir TIAPRIDAL 30 gttes matin midi soir	ATARAX 2 gouttes 3fois par jour IXEL 50mg 1 matin et soir THERALENE 30 gouttes le soir TIAPRIDAL 30 gttes matin midi soir	Augmentation posologie TIAPRIDAL de janvier à juin.

Tableau 3 : Vision globale de la prescription des psychotropes aux mois de janvier juin et décembre 2013 au sein de l'EHPAD

Ce tableau a été établi à l'aide des données recueillies auprès de la pharmacie de la House avec le logiciel Win Pharma et des données obtenues par la consultation des dossiers informatiques sur le logiciel MEDICOR de l'EHPAD.

Pour chaque patient inclus, à partir de la liste globale de tous les traitements prescrits (médicaments toutes classes confondues) aux mois de janvier, juin et décembre 2013, j'ai souligné l'ensemble des psychotropes prescrits (antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques mais aussi anti-alzheimer).

De plus, grâce à la liste totale de tous les médicaments prescrits et délivrés pour chaque jour de l'année, j'ai pu noter les modifications thérapeutiques éventuelles ne figurant pas sur les ordonnances de janvier, juin et décembre (par exemple un essai de diminution de posologie au mois d'avril, un psychotrope introduit entre février et avril...) ce qui permet d'avoir une vision globale de toutes les prescriptions de psychotropes au cours de l'année.

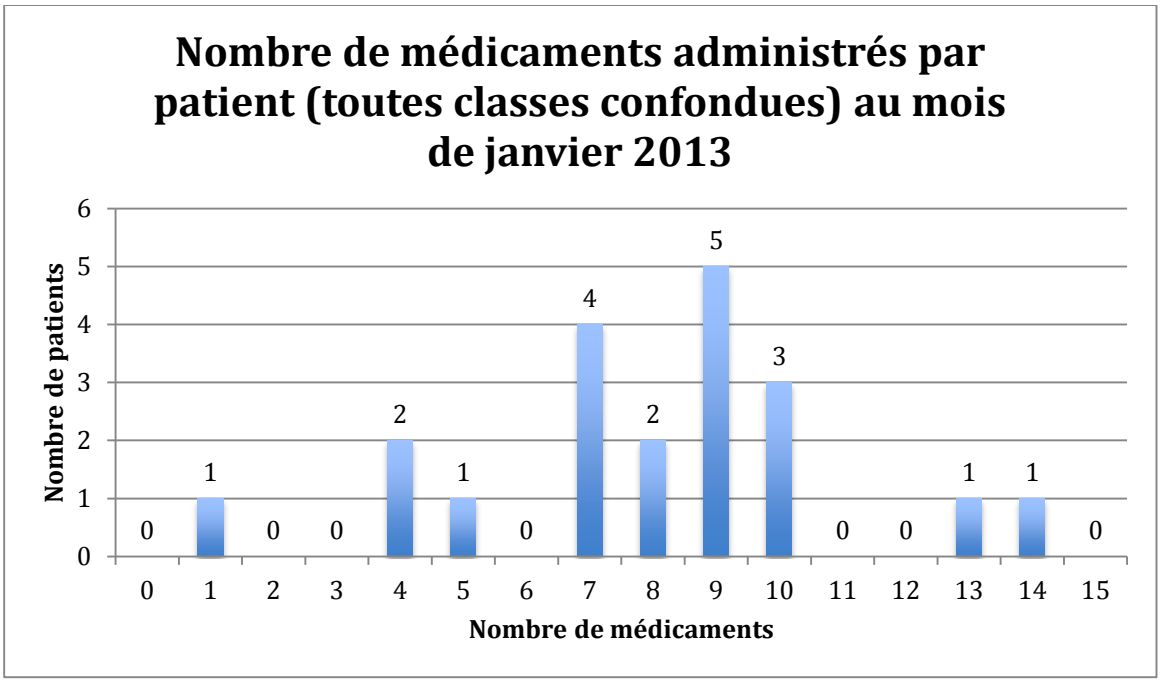
J'ai ensuite recueilli pour chacun, leur âge, le GIR, leurs antécédents psychiatriques, leurs éventuelles hospitalisations ou décès au cours de l'année, à partir des données inscrites sur les dossiers informatiques de l'EHPAD à l'aide du logiciel MEDICOR.

Enfin, à l'aide de l'outil de révision des ordonnances, j'ai pu noter les éventuelles conséquences des modifications thérapeutiques : par exemple un échec de diminution de posologie conduisant à revenir à la posologie antérieure.

III - 4. Caractéristiques de la prescription médicamenteuse au sein de l'EHPAD

III- 4.1. Caractéristiques de la polymédication pour l'ensemble des patients inclus

III – 4.1.1. au mois de janvier 2013



En moyenne, il y a 8 médicaments par patient toutes classes confondues pour les 20 patients présents au mois de janvier 2013.

5 patients sur 20 présents ont au moins 10 lignes de traitement sur leur ordonnance, soit 25% des patients.

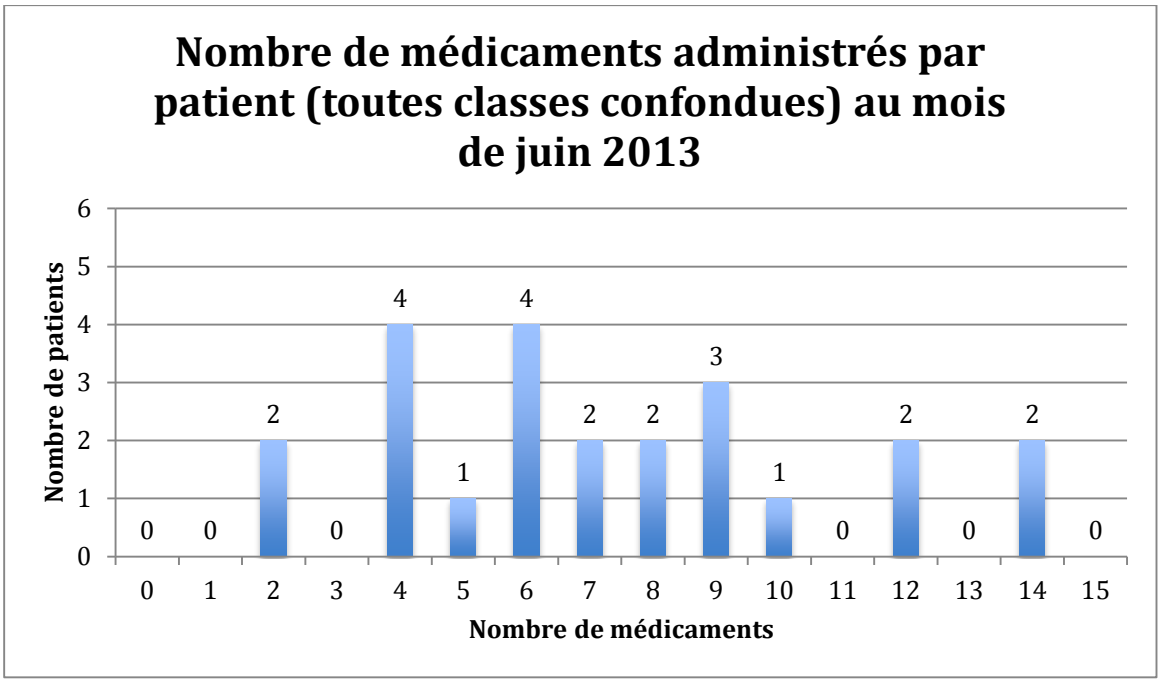
Tous ont au moins un médicament prescrit

La moitié des patients a 9 lignes de traitement ou plus sur son ordonnance au mois de janvier 2013.

Le nombre maximum de médicaments est de 14 médicaments pour un patient.

Au total, 160 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits pour l'ensemble des patients de l'EHPAD au mois de janvier 2013.

III – 4.1.2. au mois de juin 2013



Au mois de juin 2013, il y a en moyenne 7,3 médicaments par patient toutes classes confondues pour les 23 patients présents.

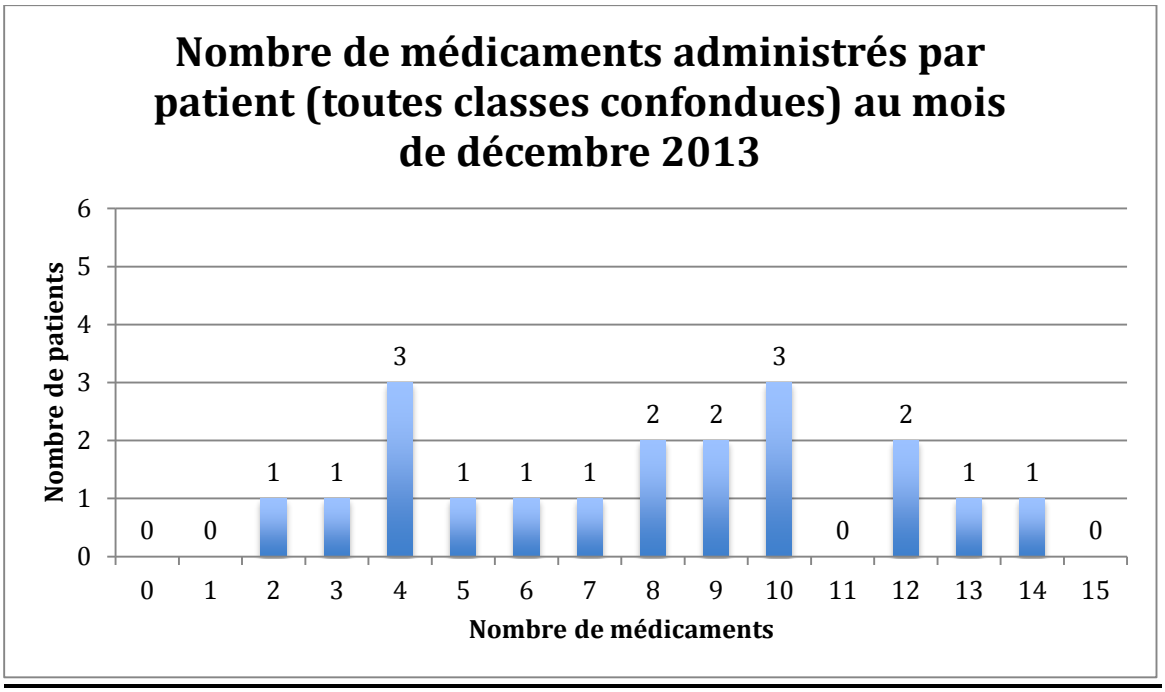
5 patients sur les 23 ont au moins 10 lignes de traitement sur leur ordonnance soit 21,7% des patients.

Tous ont au moins un médicament prescrit.

Le nombre maximum de médicaments figurant sur leur ordonnance est de 14 médicaments pour 2 patients au mois de juin 2013.

Au total, 168 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits pour l'ensemble des patients de l'EHPAD au mois de juin 2013.

III – 4.1.3. au mois de décembre 2013



Au mois de décembre 2013, il y a en moyenne 7,9 médicaments par patient pour les 19 patients présents.

7 patients sur 19 ont au moins 10 lignes de traitement sur leur ordonnance soit 36,8% des patients.

Tous ont au moins un médicament prescrit.

9 patients sur 19 ont au moins 9 lignes de traitement sur leur ordonnance soit pratiquement la moitié des patients (47,3%)

Le nombre maximum de lignes de traitements est de 14 médicaments sur son ordonnance pour un patient au mois de décembre 2013.

Au total, 150 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits pour l'ensemble des patients de l'EHPAD au mois de décembre 2013.

<u>Au vu des résultats, nous pouvons noter que :</u>

- **Le nombre moyen de médicaments par patient est globalement stable au cours de l'année 2013 (8 médicaments par patient en janvier, 7,3 en juin et 7,9 en décembre).**

- **Le nombre médian de médicaments prescrits est de 8,5 en janvier, 7 en juin et 8 en décembre.**

- **Tous les patients ont au moins un médicament prescrit.**

- **Aucun patient n'a plus de 14 médicaments prescrits**

- **Le nombre total de médicaments prescrits toutes classes confondues pour l'ensemble des patients de l'EHPAD est en diminution : 160 médicaments en janvier et 150 médicaments en décembre, soit une diminution totale de 10 médicaments entre janvier et décembre 2013 pour, respectivement 20 et 19 patients inclus.**

- **85% des patients en janvier ont au moins 5 médicaments prescrits, 73,9% en juin et 73,7% en décembre.**

- **La proportion de patients ayant un nombre de médicaments prescrits compris entre 5 et 9 médicaments (polymédicamentés) est également en nette diminution au cours de l'année 2013 : en effet au mois de janvier 60% des patients ont, sur leur ordonnance, entre 5 et 9 médicaments prescrits, 52,2% des patients au mois de juin et seulement 36,8% des patients au mois de décembre**

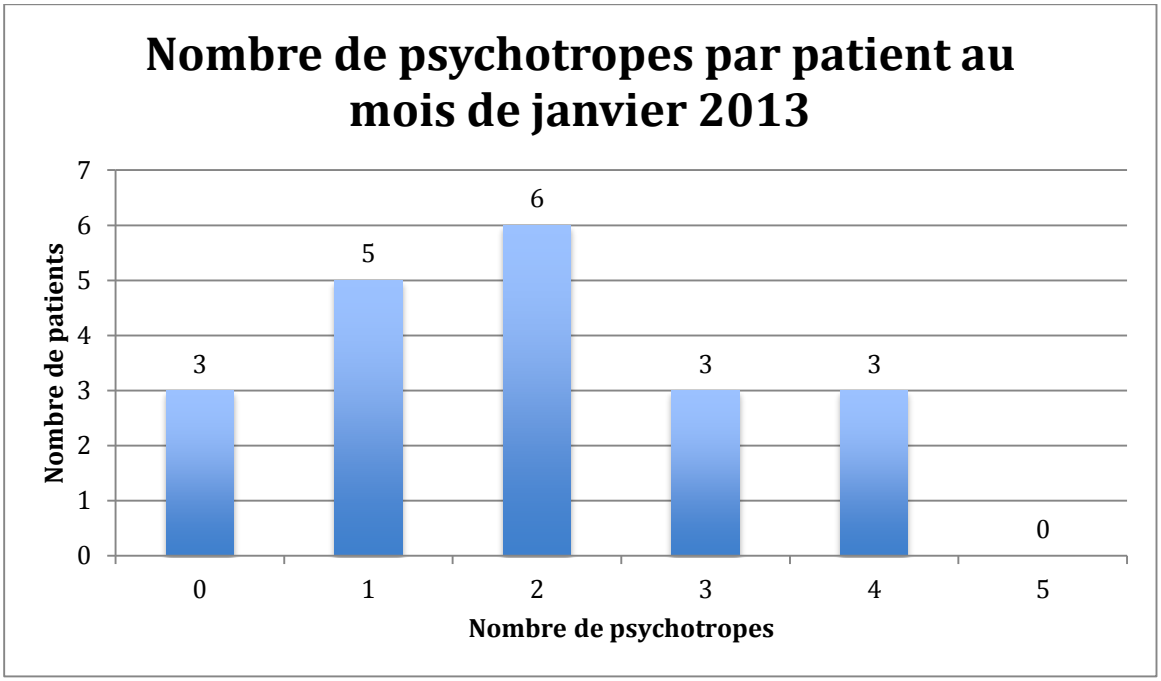
- **Le nombre de patients ayant au moins 10 lignes de traitement est en augmentation au cours de l'année 2013 (25% des patients en janvier, 21,7% en juin et 36,8% en décembre 2013).**

III – 4.2. Consommation des psychotropes au sein de l'EHPAD pour l'ensemble des patients inclus (sans prise en compte des médicaments anti-Alzheimer)

Nous prenons donc en compte dans ce chapitre, les antidépresseurs, les benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques et les neuroleptiques.

III- 4.2.1. Caractéristiques de la prescription des psychotropes

III – 4.2.1.1. au mois de janvier 2013



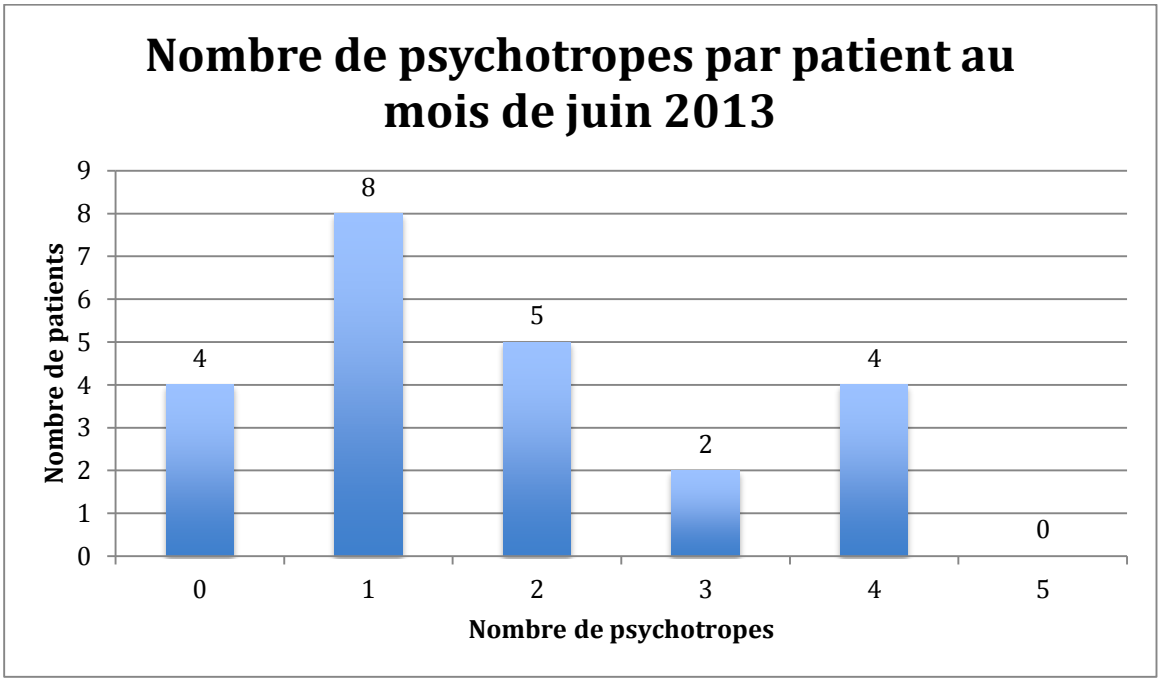
Au total, au mois de janvier 2013, 160 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits dont 38 psychotropes. Les psychotropes représentent donc 23,75% des médicaments prescrits.

En moyenne il y a 1,9 psychotrope par patient.

Le nombre maximum de psychotropes par patient est de 4 psychotropes pour 3 patients présents en janvier 2013.

3 patients sur 20 présents en janvier n'ont aucun psychotrope soit 15% des patients.

III – 4.2.1.2. au mois de juin 2013



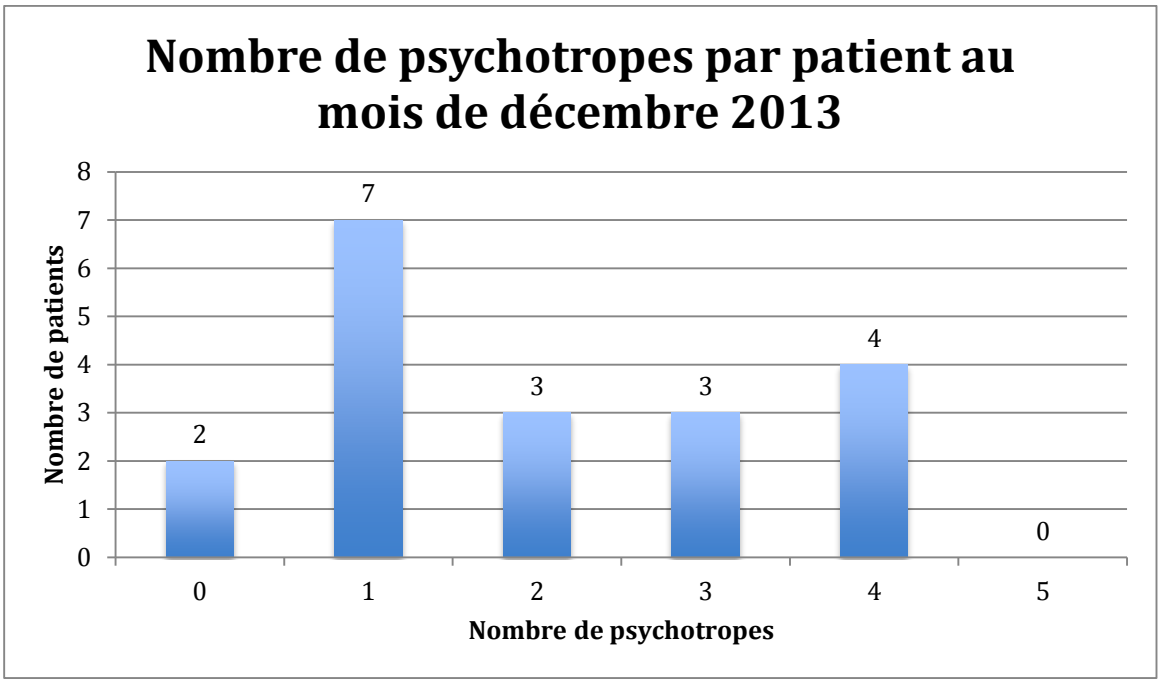
Au total au mois de juin 2013, 168 médicaments ont été prescrits toutes classes confondues dont 40 psychotropes. Les psychotropes représentent donc 23,8% des médicaments prescrits.

En moyenne, il y a 1,74 psychotrope par patient.

Le nombre maximum est de 4 psychotropes par patient. C'est le cas pour 4 patients présents au mois de juin 2013.

4 patients sur 23 présents en juin n'ont aucun psychotrope soit 17,4% des patients.

III – 4.2.1.3. au mois de décembre 2013



Au total au mois de décembre 2013, 150 médicaments ont été prescrits toutes classes confondues dont 38 psychotropes. Les psychotropes représentent donc 25,3% des médicaments prescrits.

En moyenne, il y a 2 psychotropes prescrits par patient.

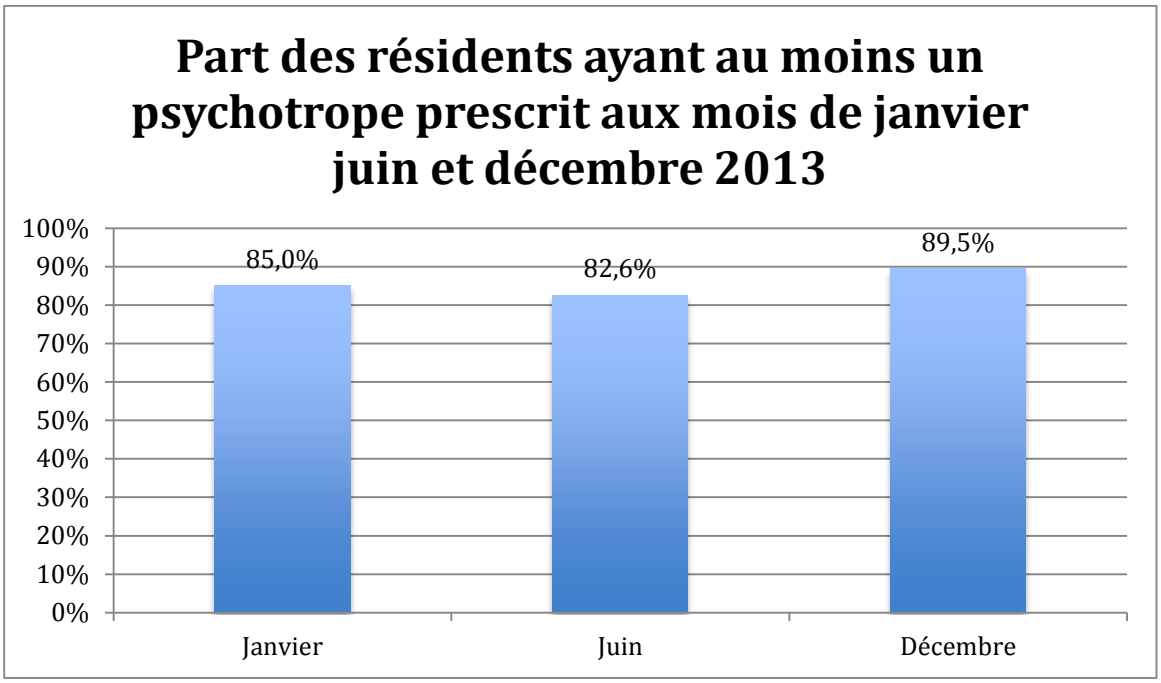
Le nombre maximum est de 4 psychotropes par patient. C'est le cas de 4 patients présents au mois de décembre 2013.

2 patients sur 19 présents en décembre n'ont aucun psychotrope soit 10,5% des patients.

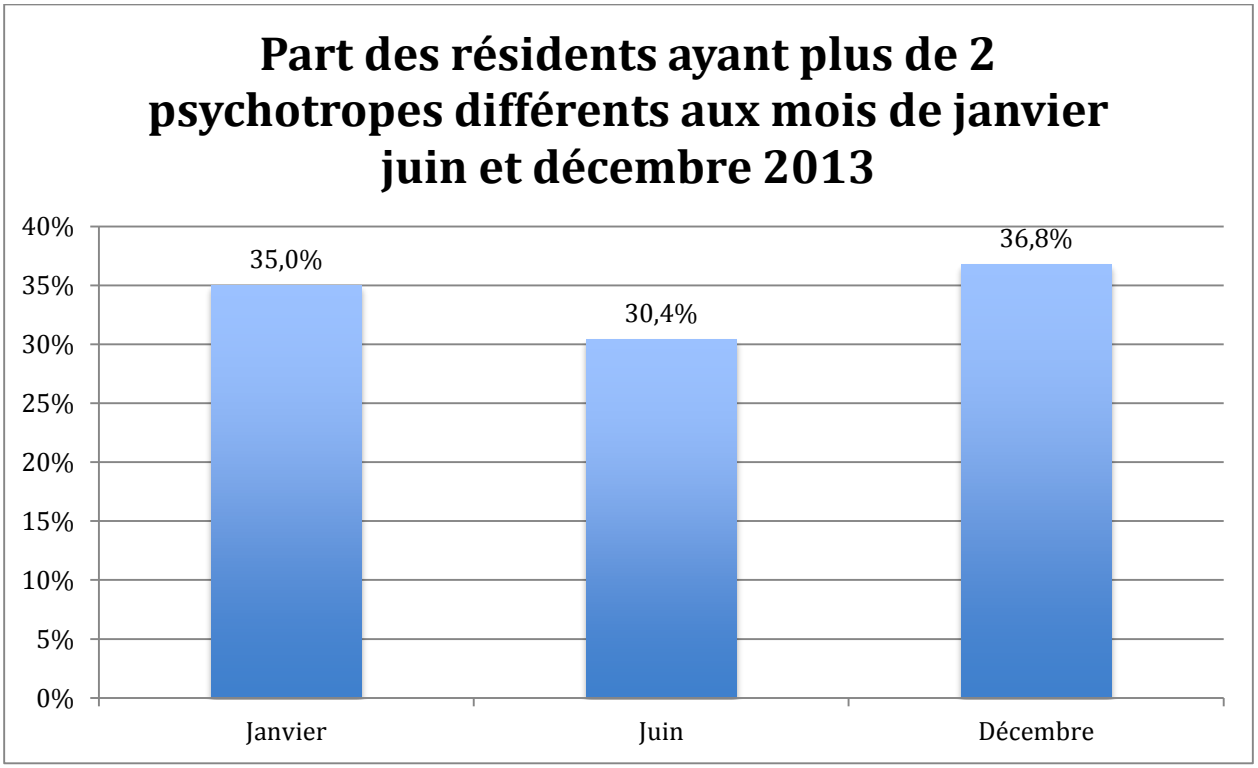
Au total, au vu de ces résultats nous pouvons noter que :

- **La prescription des psychotropes est en augmentation au cours de l'année 2013 puisque ils représentent 23,75% des médicaments prescrits en janvier 2013, 23,8% en juin et 25,3 % en décembre.**
- **On observe une diminution du nombre moyen de psychotrope prescrit par patient entre le mois de janvier et de juin puis une ré augmentation au mois de décembre.**
- **Que ce soit aux mois de janvier, juin et décembre 2013, le nombre maximum de psychotropes prescrit par patient est de 4.**

III- 4.2.2. Part des résidents ayant au moins un psychotrope prescrit



III- 4.2.3. Part des résidents ayant plus de 2 psychotropes différents prescrits dans le mois



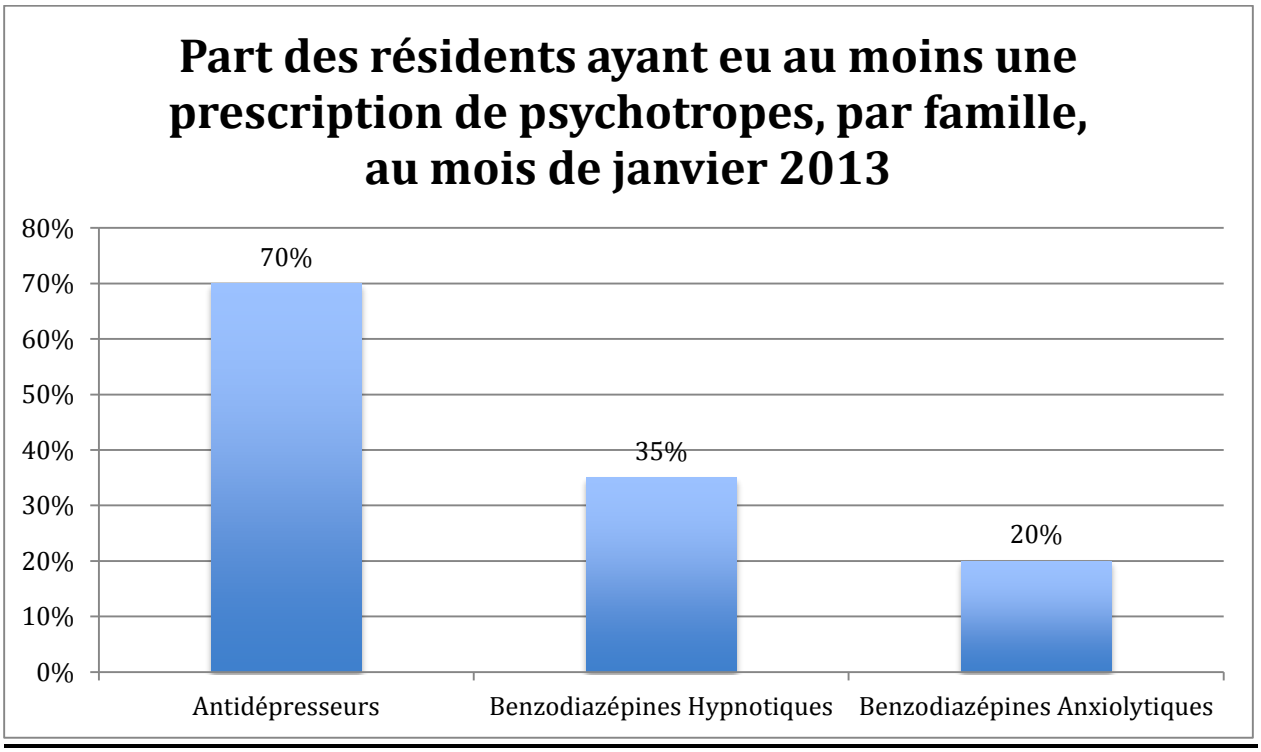
Au total, au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **Le nombre de patients ayant au moins un psychotrope prescrit était initialement en diminution entre les mois de janvier et juin puisque cela concernait 85% des patients en janvier et 82,6% en juin, puis en augmentation au mois de décembre (89,6% des patients)**

- **L'évolution est identique pour la part des patients ayant plus de 2 psychotropes différents prescrits (35% - 30,4% - 36,8%)**

III- 4.3. Caractéristiques de la prescription des différentes classes pharmacologiques de psychotropes pour l'ensemble des patients inclus

III – 4.3.1. au mois de janvier 2013

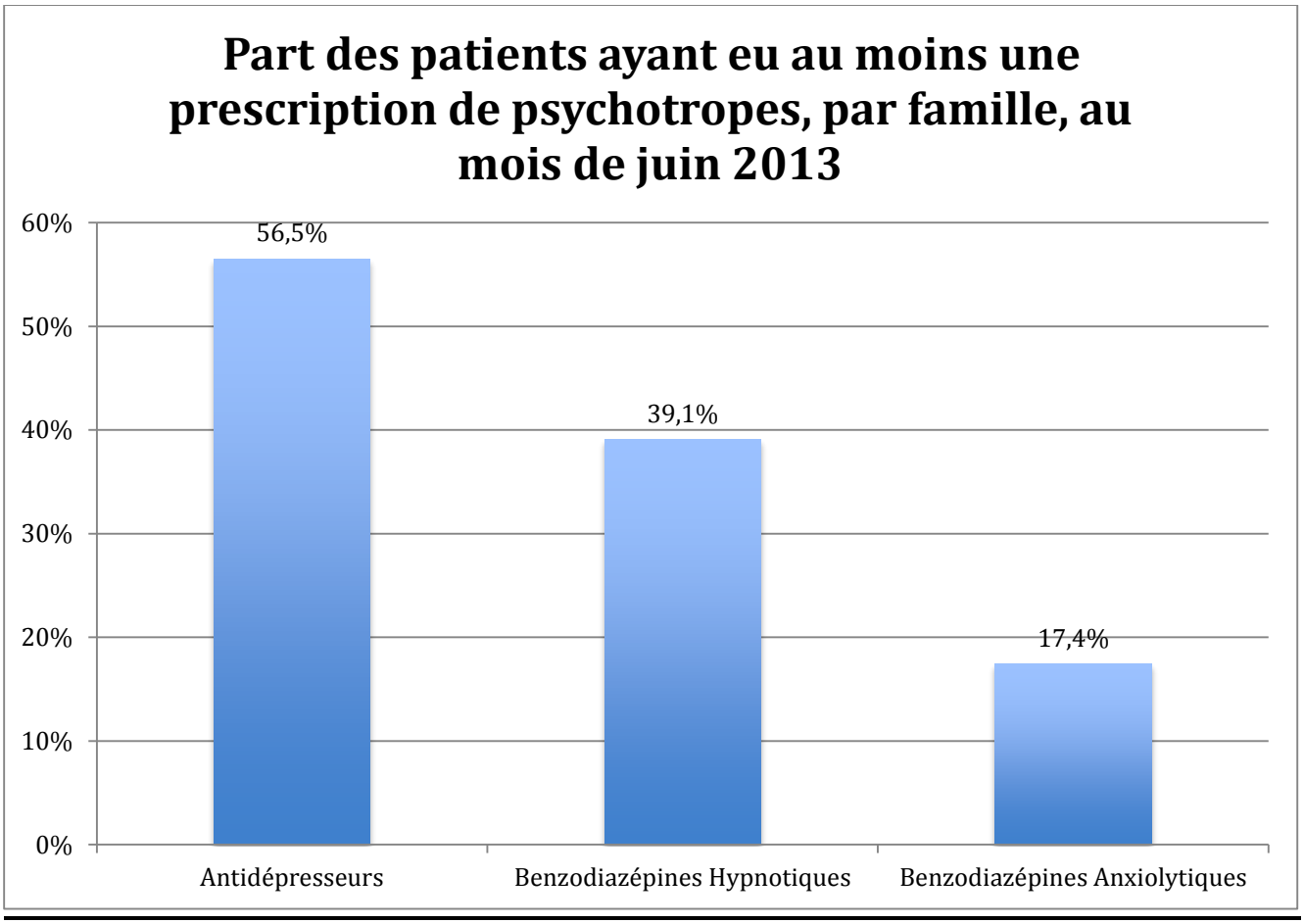


Au total, au mois de janvier 2013, sur les 20 patients présents :

- 14 patients ont au moins un antidépresseur soit 70% des patients
- 7 patients ont au moins une benzodiazépine hypnotique soit 35% des patients
- 4 patients ont au moins une benzodiazépine anxiolytique soit 20% des patients

- Les antidépresseurs représentent la classe pharmacologique de psychotropes la plus prescrite.

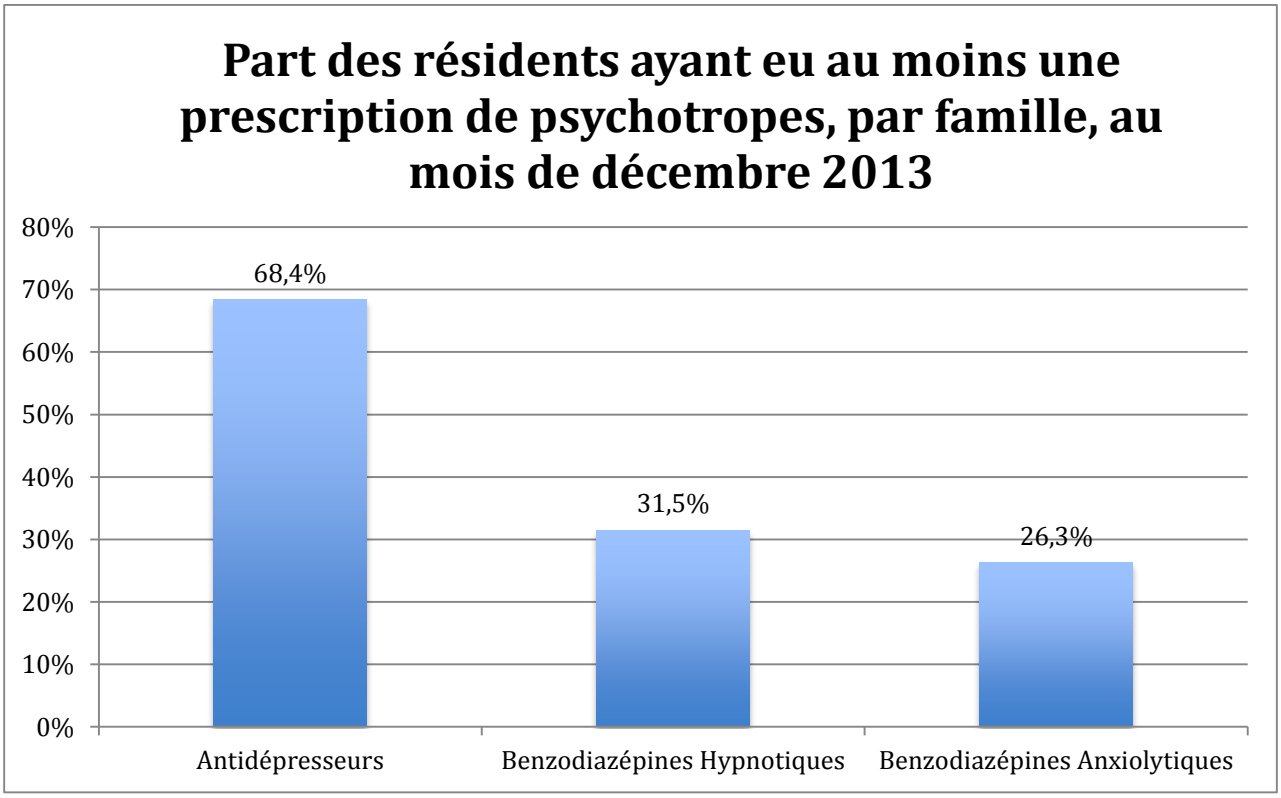
III – 4.3.2. au mois de juin 2013



Au total au mois de juin 2013, sur les 23 patients présents :

- 13 patients ont au moins un antidépresseur soit 56,5% des patients
- 9 patients ont au moins une benzodiazépine hypnotique soit 39,1% des patients
- 4 patients ont au moins une benzodiazépine anxiolytique soit 17,4% des patients
- Les antidépresseurs représentent la classe pharmacologique de psychotropes la plus prescrite.

III – 4.3.3. au mois de décembre 2013



Au total au mois de décembre 2013, sur les 19 patients présents :

- 13 patients ont au moins un antidépresseur soit 68,4% des patients
- 7 patients ont au moins une benzodiazépine hypnotique soit 36,8% des patients
- 5 patients ont au moins une benzodiazépine anxiolytique soit 26,3% des patients
- Les antidépresseurs représentent la classe pharmacologique de psychotropes la plus prescrite.

<u>Au vu de ces résultats nous pouvons noter que :</u>

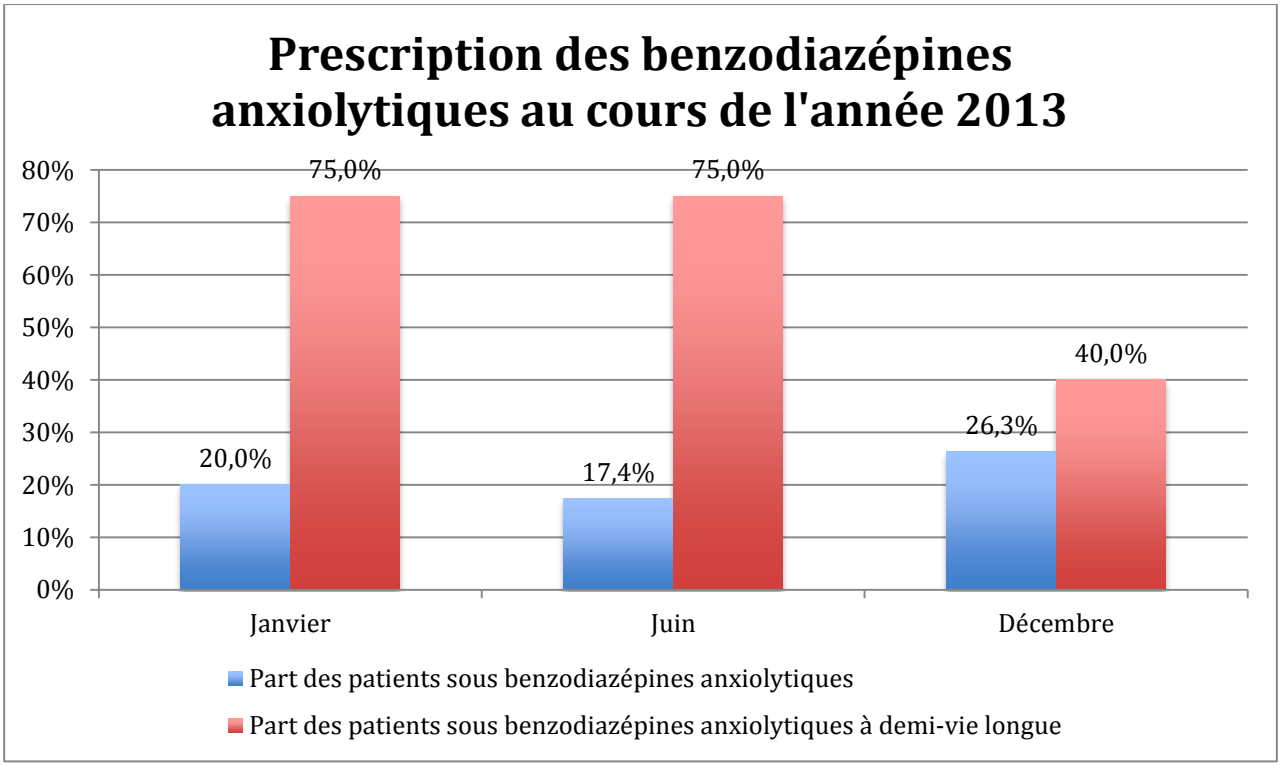
- **Les antidépresseurs représentent la classe pharmacologique la plus prescrite au cours de l'année 2013 au sein de l'EHPAD que ce soit en janvier, juin ou décembre**

- **On observe une nette diminution de la prescription des antidépresseurs entre le mois de janvier et de juin (70% à 56,5%) mais aussi une ré-augmentation de leur prescription au mois de décembre (68,4%).**

- **On note une diminution initiale de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques entre janvier et juin (20% des patients en janvier contre 17,4% des patients en juin) puis une ré- augmentation de leur prescription entre les mois de juin et décembre puisqu'ils concernent alors 26,3% des patients.**

- **On note enfin une diminution de la prescription des benzodiazépines hypnotiques au cours de l'année 2013 entre les mois de janvier et de décembre 2013 malgré une discrète augmentation au mois de juin : en effet ils concernent 35 % des patients en janvier, 39,1% des patients en juin et 31,5% des patients au mois de décembre.**

III- 4.4. Caractéristiques de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques

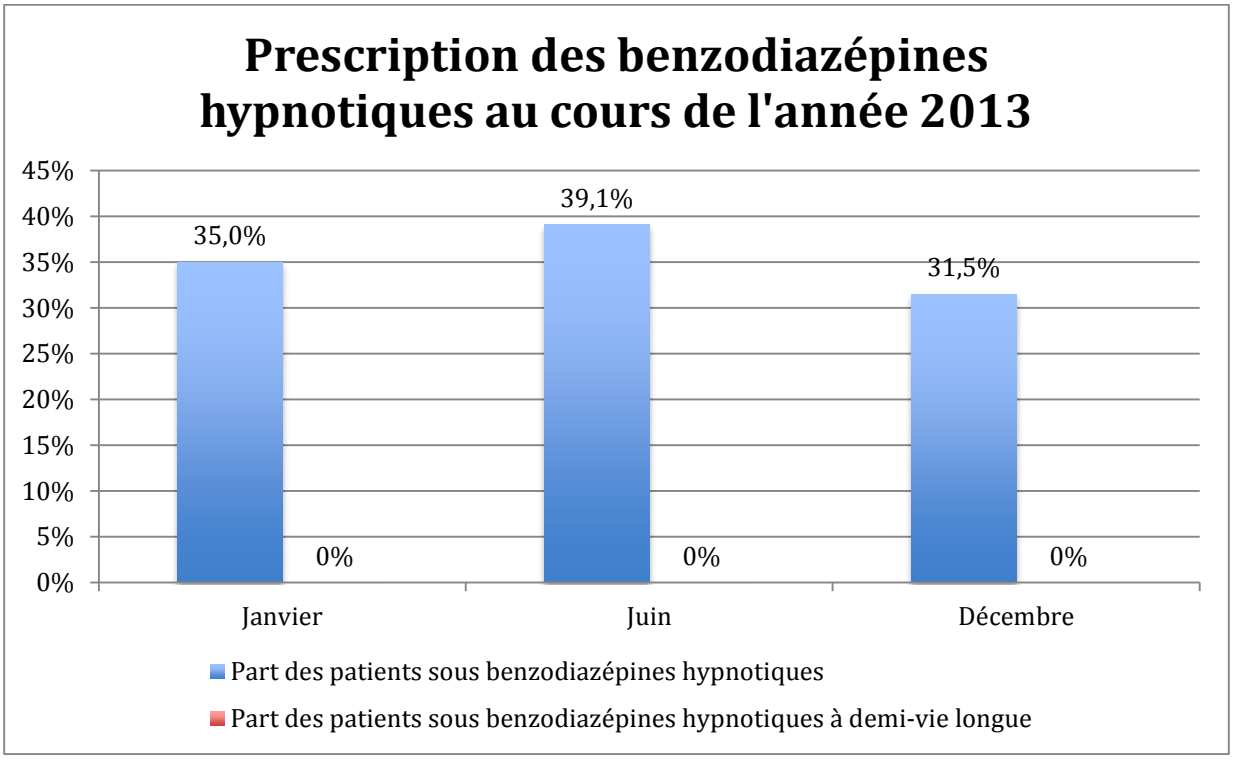


Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **La prescription des benzodiazépines anxiolytiques est en augmentation au cours de l'année 2013 entre les mois de janvier et de décembre 2013 puisqu'elle concerne 20% des patients en janvier contre 26,3% des patients en décembre, malgré une diminution de leur prescription au mois de juin (17,4% des patients).**

- **Néanmoins, on constate que parmi les patients sous traitement par benzodiazépines anxiolytiques, la part des patients étant sous benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue est en diminution au cours de l'année puisque 75% des patients ont une benzodiazépine anxiolytique à demi-vie longue aux mois de janvier (3 patients sur 4) et de juin (3 patients sur 4) contre seulement 40% au mois de décembre (2 patients sur 5).**

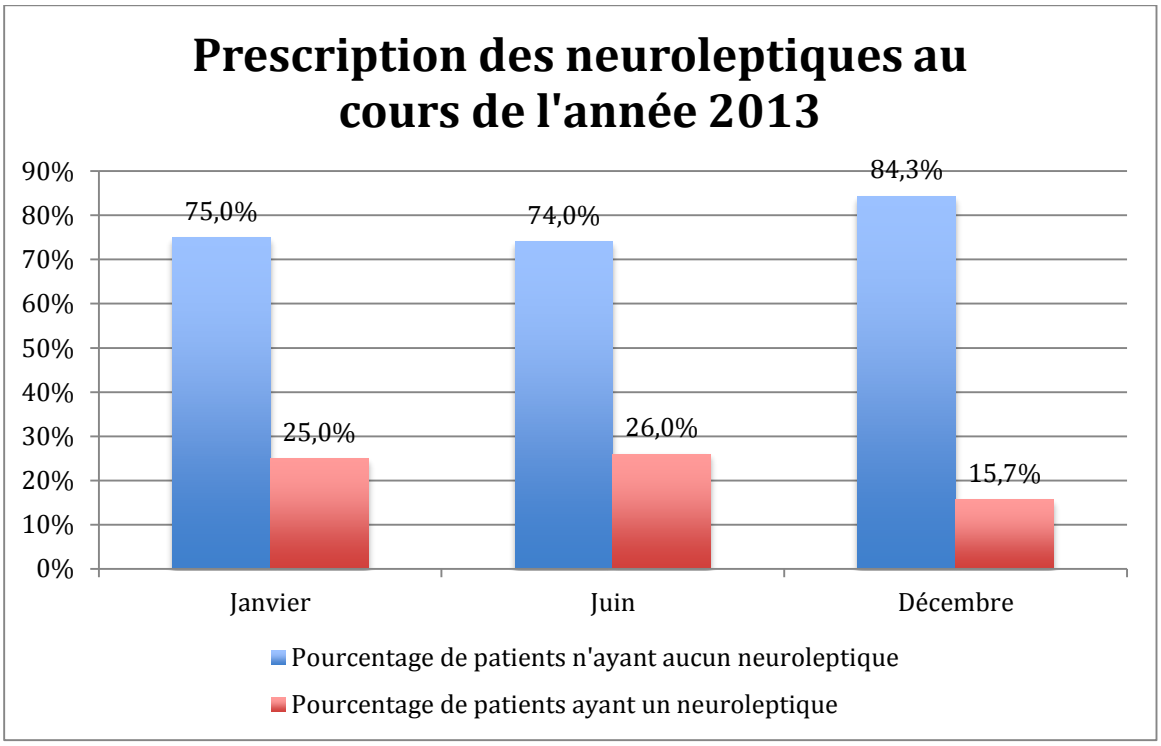
III- 4.5. Caractéristiques de la prescription des benzodiazépines hypnotiques



Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **Parmi les patients sous benzodiazépines hypnotiques, aucun patient n'a sur son ordonnance une benzodiazépine hypnotique à demi-vie longue que ce soit aux mois de janvier, juin ou décembre 2013.**

III- 4.6. Caractéristiques de la prescription des neuroleptiques



Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

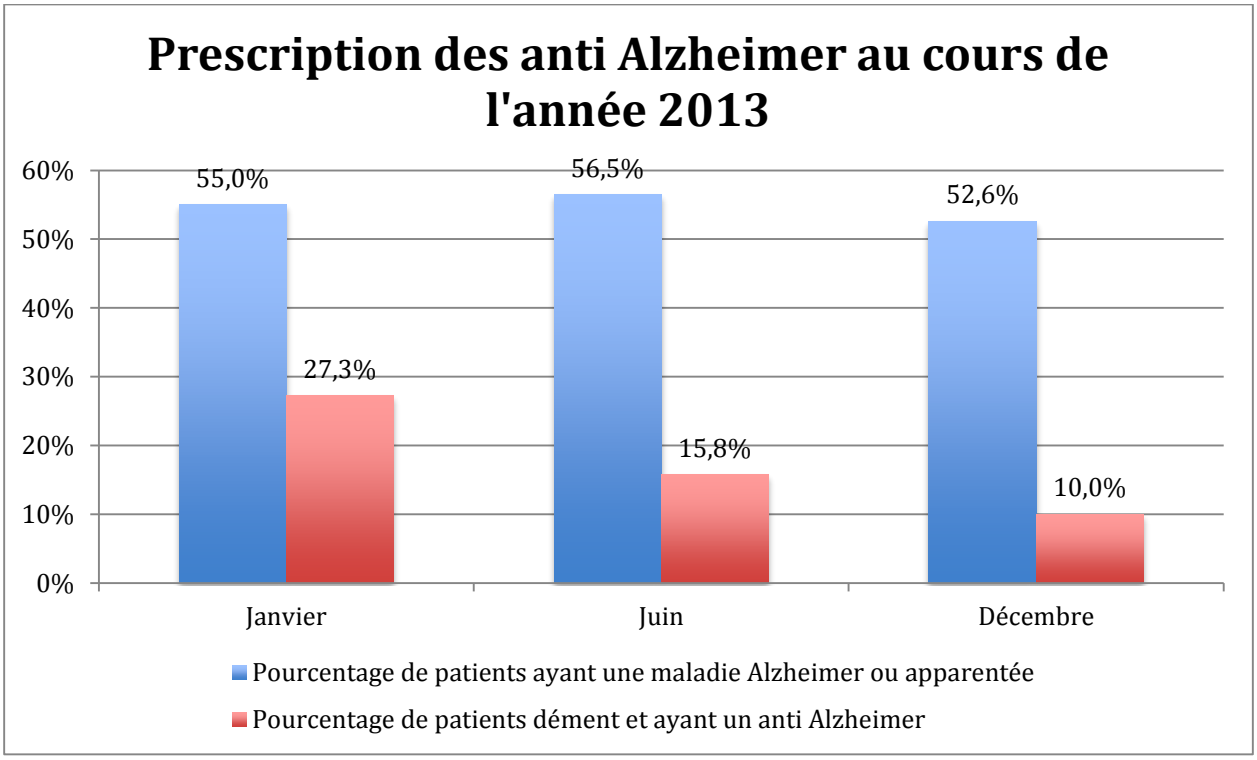
- **Au mois de janvier 2013, 75% des patients (15 patients sur 20 inclus) n'ont aucun neuroleptique et 25% en ont un.**
- **Au mois de juin 2013 : 74% des patients n'ont aucun neuroleptique et 26% en ont un**
- **Au mois de décembre 2013 : 84,3% des patients n'ont aucun neuroleptique 15,7% en ont un.**

- **On peut donc conclure à une nette diminution de la prescription des neuroleptiques au cours de l'année 2013.**

- **Aucun patient que ce soit en janvier juin ou décembre n'a plus de un neuroleptique prescrit.**

- **Le nombre total de neuroleptiques prescrits est en cours de diminution au cours de l'année 2013 : en effet les neuroleptiques représentent 3,1% des médicaments prescrits (toutes classes confondues) en janvier et seulement 2% des médicaments prescrits en décembre.**

III- 4.7. Caractéristiques de la prescription des médicaments anti-Alzheimer

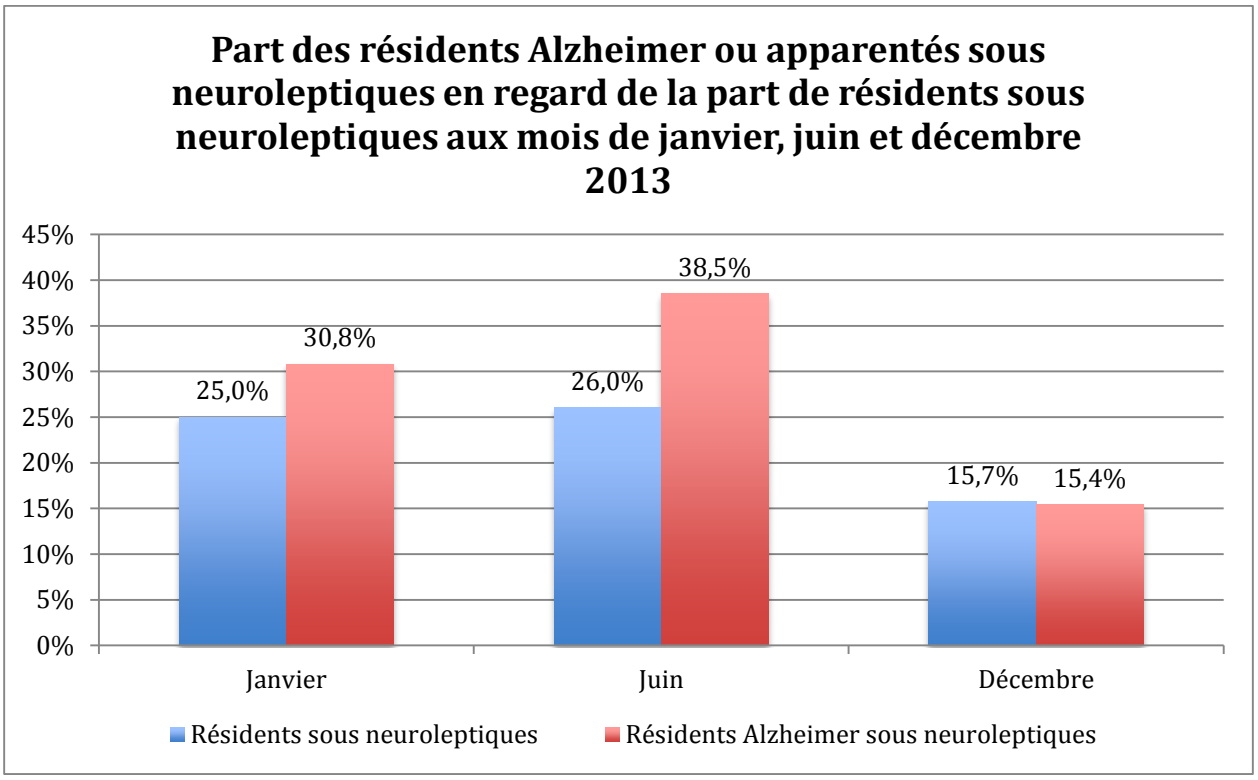


Au total, au vu de ces résultats nous pouvons noter que :

- **La prescription des médicaments anti Alzheimer chez les patients atteints d'Alzheimer ou maladie apparentée a nettement diminué au cours de l'année 2013 puisqu'au mois de janvier 27,3% des patients avaient un médicament anti Alzheimer, 15,8% au mois de juin et seulement 10% des patients au mois de décembre 2013. Pourtant la proportion de patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée est stable au cours de l'année 2013 (environ un patient sur 2).**

- **Les médicaments anti Alzheimer représentent 1,9 % des médicaments prescrits (toutes classes confondues) au mois de janvier 2013 contre 1,2% au mois de juin seulement 0,07% au mois de décembre 2013.**

III - 4.8. Part des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou apparenté sous neuroleptiques



Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **Comme nous l'avons vu précédemment la prescription de neuroleptiques est en diminution au cours de l'année 2013 (25% des résidents sous neuroleptiques en janvier, 15,7% en décembre)**

- **La part des résidents «Alzheimer » ou maladie apparentée traitée par neuroleptiques a été initialement en augmentation entre les mois de janvier de juin, puis en nette diminution au mois de décembre : en effet il n'y a plus que 15,4% des résidents « Alzheimer » ou maladie apparentée sous neuroleptiques au mois de décembre contre 30,8% au mois de janvier et 38,5% au mois de juin.**

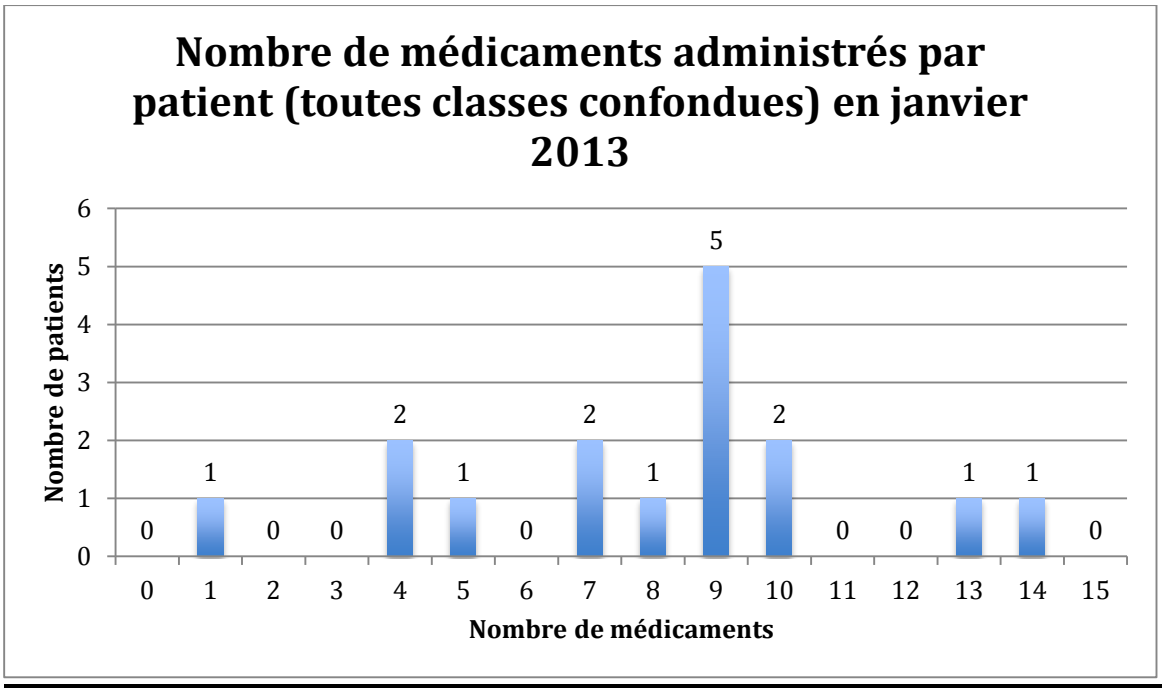
III - 5. Evolution des prescriptions pour les résidents présents dans l'EHPAD de janvier à décembre 2013

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés à l'étude de l'évolution de des prescriptions pour les patients de l'EHPAD présents toute l'année 2013 soit de janvier à décembre 2013 inclus afin d'avoir une visibilité plus globale des prescriptions étant donné que notre population incluse varie entre les mois de janvier, juin et décembre.

Les résultats ci-dessous concernent donc uniquement les 16 patients de l'EHPAD présents tout au long de l'année.

III- 5.1. Caractéristiques de la polymédication

III – 5.1.1. au mois de janvier 2013



Au total, 128 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits au mois de janvier 2013 pour les 16 patients de l'EHPAD présents toute l'année.

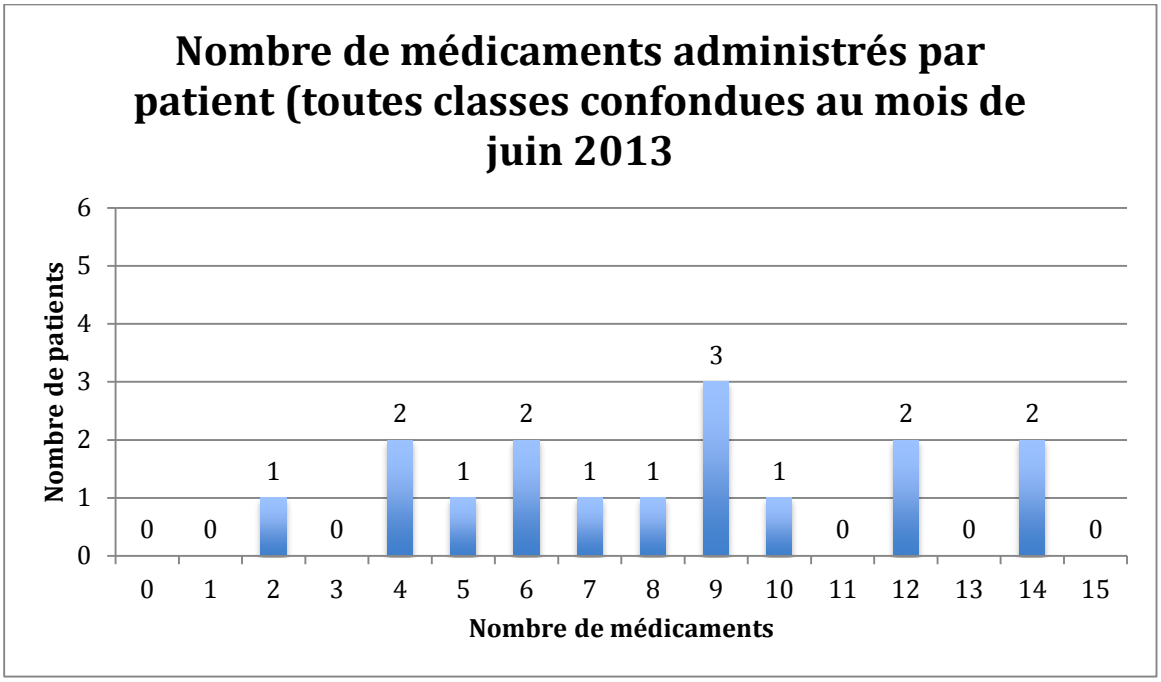
En moyenne, il y a 8 médicaments prescrits par patient.

Le nombre maximum de médicaments prescrits est de 14 pour 1 patient.

Tous ont au moins un médicament prescrit.

4 patients sur 16 soit 25% des patients ont 10 lignes de traitement ou plus sur leur ordonnance et plus de la moitié des patients soit 56,25% ont au moins 9 lignes de traitement au mois de janvier 2013.

III – 5.1.2. au mois de juin 2013



Au total, il y a 131 médicaments prescrits toutes classes confondues au mois de juin 2013 pour les 16 patients présents dans l'EHPAD toute l'année.

En moyenne, il y a 8,2 médicaments prescrits par patient.

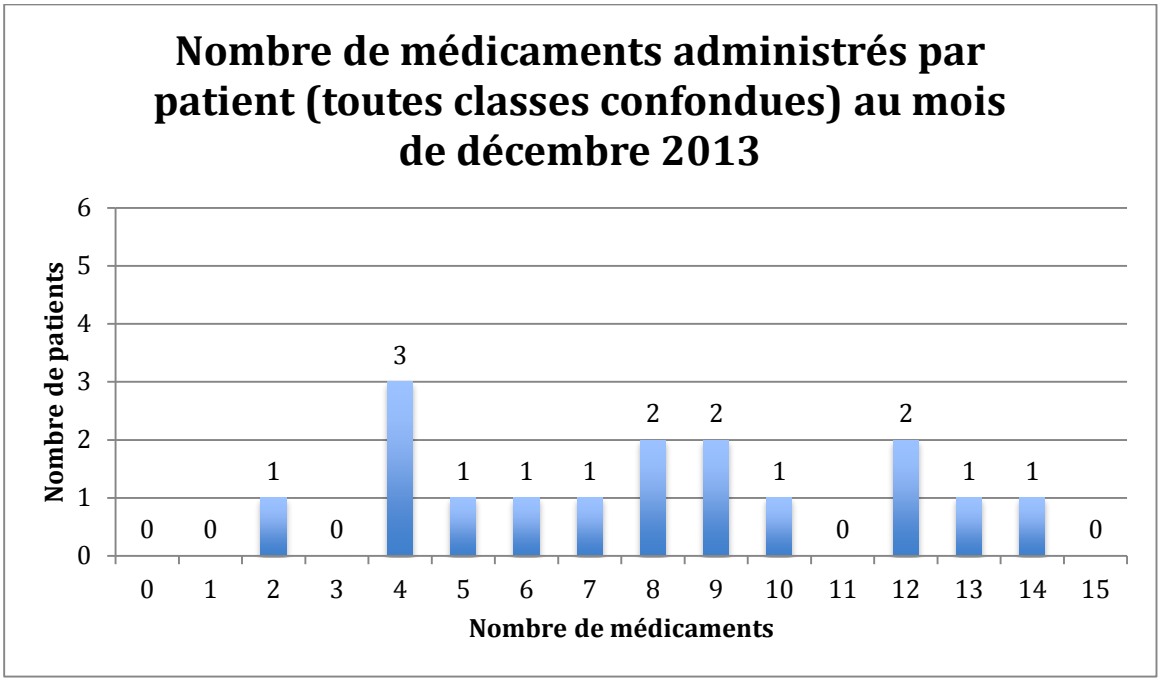
Le nombre maximum de lignes de traitement pour 2 patients est de 14.

Tous ont au moins 2 médicaments prescrits.

5 patients sur 16 soit 31,25% des patients ont au moins 10 lignes de traitement sur leur ordonnance.

50% des patients ont au moins 9 lignes de traitements prescrits au mois de juin 2013.

III- 5.1.3. au mois de décembre 2013



Au total, il y a 127 médicaments prescrits toutes classes confondues pour les 16 patients présents toute l'année au mois de décembre 2013.

En moyenne, il y a 7,9 médicaments prescrits par patient.

Le nombre maximum de lignes de traitement pour un patient est de 14.

Tous ont au moins 2 médicaments prescrits.

5 patients sur 16 soit 31,25% des patients ont au moins 10 lignes de traitement sur leur ordonnance et 43,75% en ont au moins 9.

<u>Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :</u>

- **Le nombre total de médicaments (toutes classes confondues) prescrits pour les 16 patients présents toute l'année dans l'EHPAD est globalement stable : 128 médicaments en janvier, 131 en juin et 127 en décembre. On note essentiellement une diminution de 4 médicaments prescrits entre les mois de juin et de décembre.**

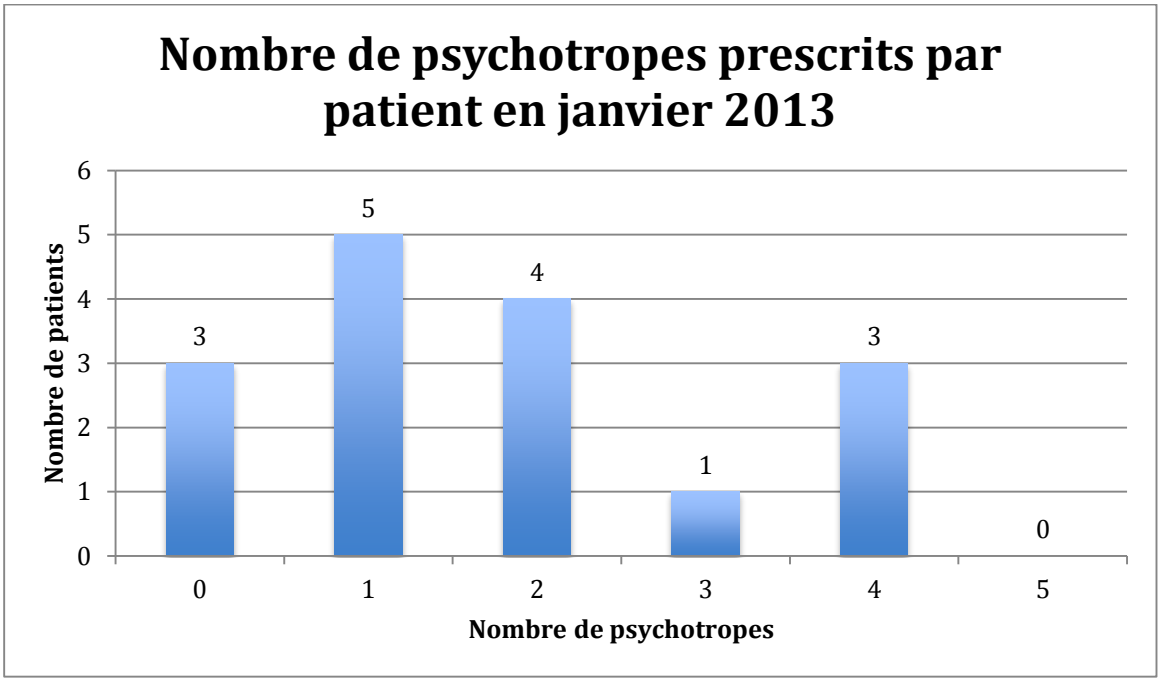
- **Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient est globalement stable au cours de l'année 2013 : il est de 8 médicaments par patient en moyenne.**

- **Que ce soit pour les mois de janvier, juin et décembre 2013, le nombre maximum de lignes de traitements par patient est de 14 médicaments.**

- **On note cependant une diminution du nombre de patients ayant au moins 9 lignes de traitement : en effet au mois de janvier 56,25% des patients avaient au moins 9 lignes de traitement, 50% des patients au moins de juin et 43,75% au mois de décembre.**

III- 5.2. Caractéristiques de la prescription des psychotropes (sans inclure les médicaments anti- Alzheimer) pour les patients présents toute l'année 2013.

III – 5.2.1. au mois de janvier 2013



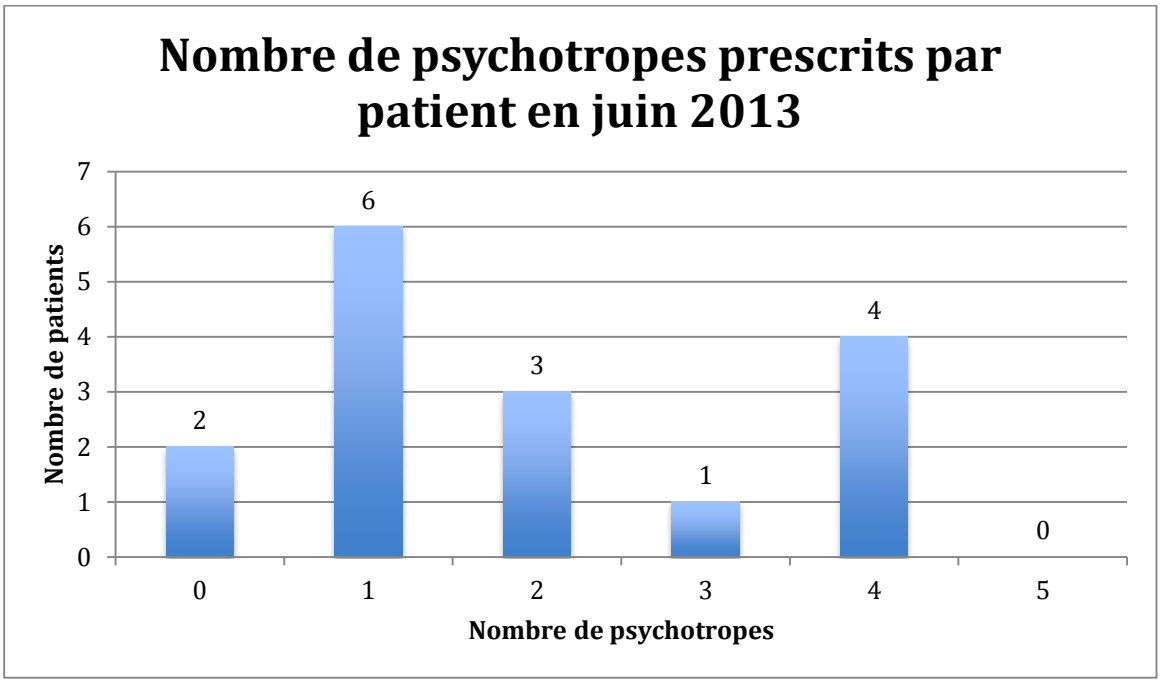
Au total, 128 médicaments toute classes confondues ont été prescrits au mois de janvier 2013 pour les 16 patients présents toute l'année, dont 28 psychotropes. Les psychotropes représentent donc 21,87% des médicaments prescrits.

En moyenne, il y a 1,75 psychotrope prescrit par patient.

Le maximum est de 4 psychotropes prescrits par patient. C'est le cas de 3 patients au mois de janvier 2013.

3 patients sur 16 soit 18,75% des patients n'ont aucun psychotrope au mois de janvier.

III – 5.2.2. au mois de juin 2013



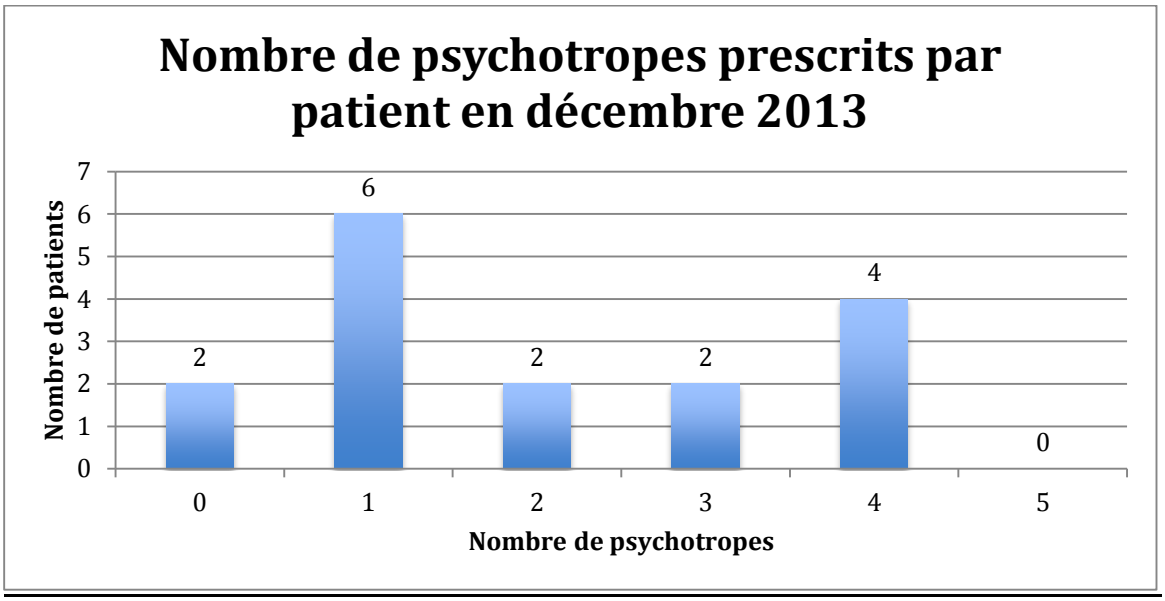
Au total, au mois de juin 2013, 131 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits pour les 16 patients présents toutes l'année, dont 31 psychotropes.
Les psychotropes représentent donc 23,66% des médicaments prescrits.

En moyenne, il y a 1,93 psychotrope prescrit par patient.

Le nombre maximum est de 4 psychotropes prescrits par patient. C'est le cas de 4 patients pour le mois de juin 2013.

2 patients sur 16 soit 12,5% des patients n'ont aucun psychotrope prescrit.

III – 5.2.3. au mois de décembre 2013



Au total, en décembre 2013, 127 médicaments toutes classes confondues ont été prescrits pour les 16 patients présents toute l'année dont 32 psychotropes.
Les psychotropes représentent donc 25,2% des médicaments prescrits.

En moyenne, il y a 2 psychotropes prescrits par patient.

Le maximum de psychotropes prescrits par patient est de 4. C'est le cas de 4 patients en décembre 2013.

2 patients sur 16 soit 12,5% des patients n'ont aucun psychotrope prescrit.

Au vu de ces résultats nous pouvons noter que :

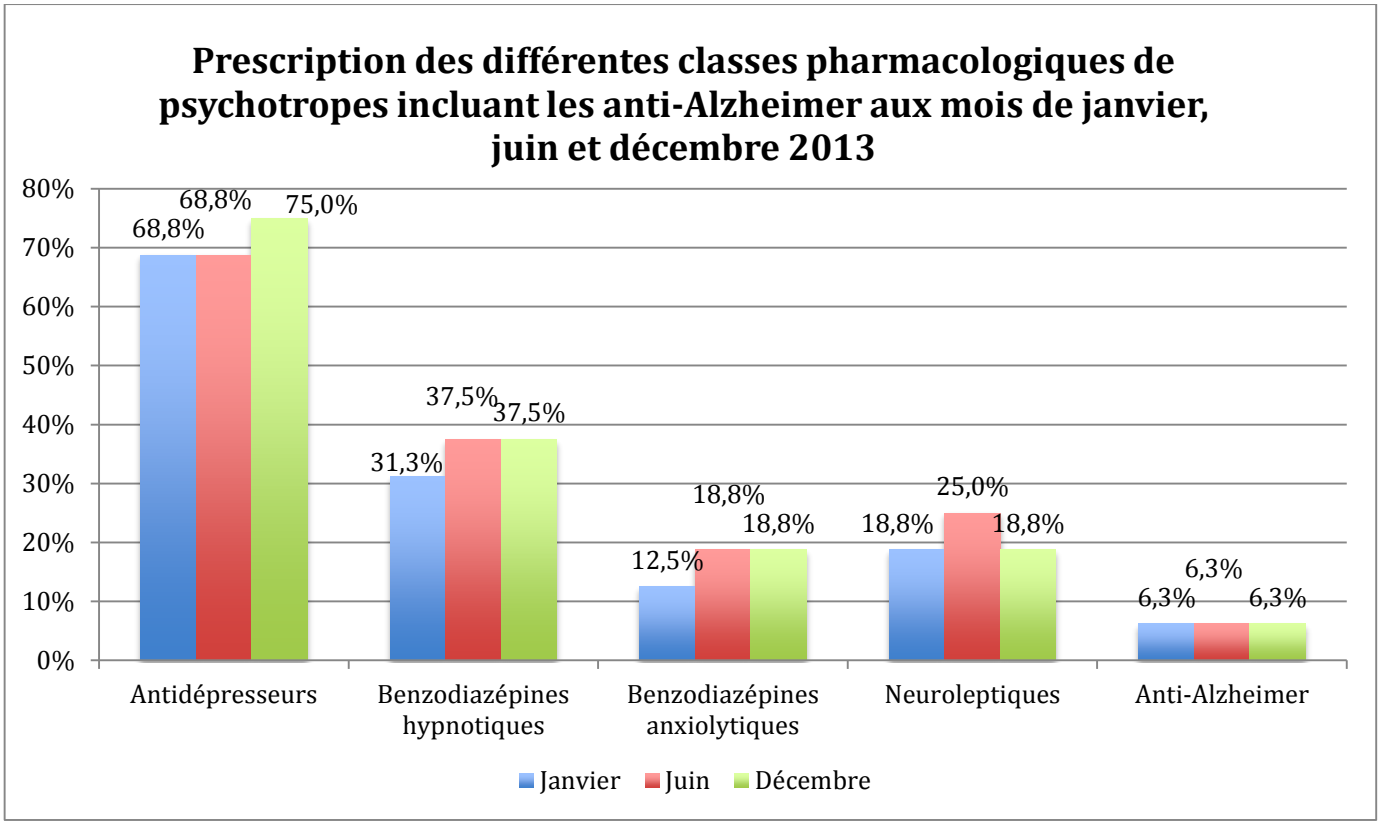
- **La prescription des psychotropes pour les 16 patients présents toute l'année dans l'EHPAD est en globale augmentation entre janvier et décembre 2013 puisqu'ils représentent 21,87% des médicaments prescrits en janvier, 23,66% en juin et 25,2% en décembre.**

- **Le nombre moyen de psychotropes prescrits par patient est également en augmentation au cours de l'année : on observe 1,74 psychotrope prescrit par patient en moyenne en janvier contre 1,93 en juin et 2 psychotropes par patient en décembre 2013.**

- **Que ce soit aux mois de janvier, juin et décembre, le nombre maximum de psychotropes prescrits par patient est de 4.**

- **Enfin on note qu'il y a moins de patients n'ayant aucun psychotrope aux mois de juin et de décembre qu'au mois de janvier.**

III- 5.3. Caractéristiques de la prescription des différentes classes pharmacologiques de psychotropes au cours de l'année 2013



Au total, au vu des ces résultats nous pouvons noter que, pour les 16 patients de l'EHPAD présents toute l'année :

- **La prescription d'antidépresseurs est en augmentation au cours de l'année : 68,8% des patients en janvier et juin, et 75% en décembre, de même que celle des benzodiazépines anxiolytiques (31,3% des patients en janvier contre 37,5% en juin et décembre) et des benzodiazépines hypnotiques (12,5% des patients en janvier contre 18,8% en juin et décembre).**

- **La prescription des neuroleptiques et anti-Alzheimer est globalement stable au cours de l'année 2013.**

III- 6. Evaluation des chutes au sein de l'EHPAD au cours de l'année 2013

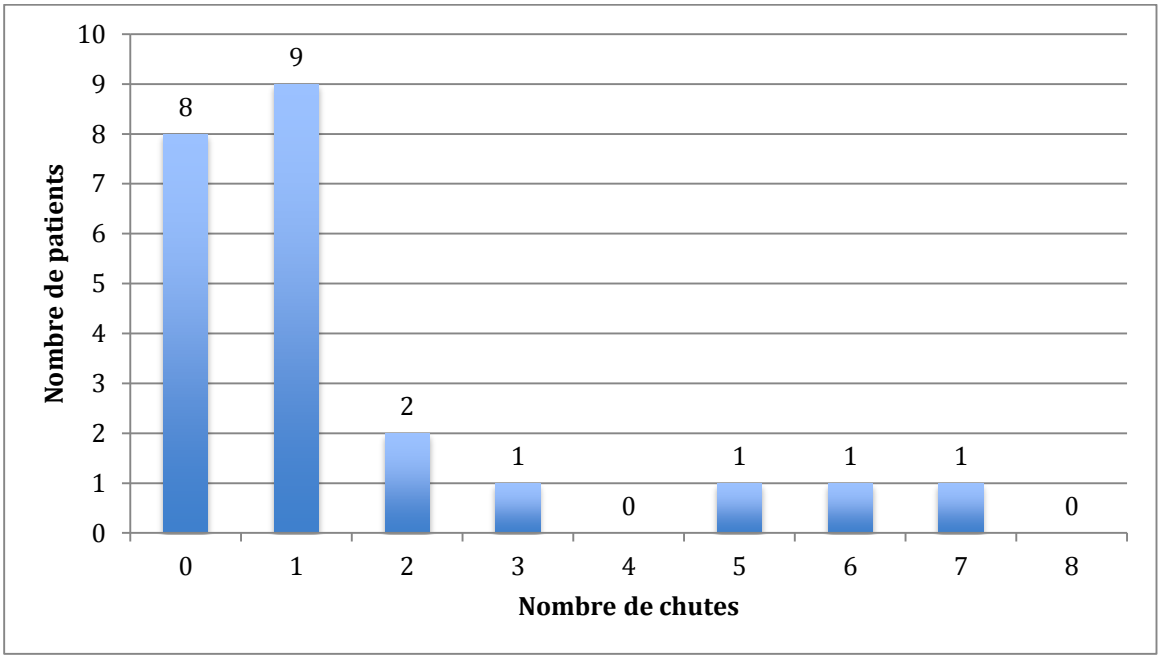
Au total, il y a eu 42 chutes au cours de l'année 2013.
Sur ces 42 chutes, seules 3 chutes ont mené à une hospitalisation :

- une patiente hospitalisée suite à une chute entrainant une fracture de nez avec déviation de la cloison nasale suturée mais non opérée ainsi qu'une plaie de la main droite
- une patiente hospitalisée suite à une chute mécanique entraînant une plaie du front et une fracture de doigt
- un patient hospitalisé suite à une chute entraînant une plaie du front suturée.

Ces hospitalisations se sont limitées à un passage aux urgences.

Les 42 chutes ont concerné seulement 17 patients de l'EHPAD au cours de l'année 2013 (sur les 33 présents au total).
Pour les 23 patients inclus dans l'étude nous avons dénombré 34 chutes au total en 2013. Ces 34 chutes concernent 15 patients sur les 23 inclus. 8 patients de l'étude n'ont donc jamais chuté.

Le graphique ci-dessous représente le nombre de chutes pour chaque patient inclus. Le nombre maximum de chutes est de 7 chutes pour un seul patient.



III- 6.1. Caractéristiques des chutes au premier semestre 2013 (de janvier à juin)

Patient	Antécédents psy	GIR	Nombre de chutes/ Nombre de chutes sur l'année	Conséquences de la chute	Traitement psychotrope en cours	Modifications thérapeutiques récentes/Evènements récents
B.M	OUI Syndrome confuso-démentiel	3	1/2	aucune	SERTRALINE 50mg 1/j SERESTA10 mg le soir	2 jours avant la chute devant la reprise d'agitation/confusion/hallucinations : - augmentation de SERTRALINE de 25 à 50 mg - Ajout SERESTA 10 mg le soir à la place du THERALENE
C.M	OUI Démence Alzheimer	2	1/1	Hématome main droite et front	BROMAZEPAM 0,25 cp le soir ARICEPT 5mg le soir	Chute survenue 15 jours après son arrivée dans l'EHPAD après hospitalisation Xavier Arnozan.
C.D	OUI Syndrome Dépressif	2	1/2	aucune	STABLON 12,5 matin et soir ZOLPIDEM 10 le soir	aucune
F.C	OUI Trouble bipolaire	2	2/3	aucune	CITALOPRAM 20mg 1/2/jour THERALENE 10 gouttes le soir ATARAX 25 mg 2/1/4	Augmentation posologie ATARAX 2 jours avant une chute.
GS.J	OUI Syndrome dépressif	2	1/5	aucune	ATHYMIL 30 mg 1/jour LEXOMIL 6mg 0.25 le midi et 0.5 le soir	aucune
H.G	OUI Syndrome dépressif	5	1/1	Hématome œil droit et excoriations bras	SEROPLEX 10 mg 1/jour	aucune
L.MR	OUI Syndrome dépressif	2	1/1	aucune	EFFEXOR 75 mg LP 1/jour	aucune

M.A	OUI Syndrome Anxio-dépressif	4	4/6	Première chute entraînant une plaie de la jambe et hématomes coude/hanche/ genou/cheville gauche et suspicion de fracture de côtes 3 chutes sans conséquence	BROMAZEPAM 6mg 0,75 le soir CITALOPRAM 20mg 1/jour ZOLPIDEM 10mg 1/2 le soir	1 mois avant la première chute : diminution du traitement antidépresseur (citalopram) de moitié de dose et diminution du Lexomil de ½ à ¼ de cp en raison de pertes de mémoire. Ré-augmentation une semaine après du Lexomil à ½ cp le soir car agressivité
S.R	NON	5	1/1	1 chute nécessitant hospitalisation pour plaie profonde du front suturée	aucun	Sortie d'hospitalisation 10 jours avant la chute pour syndrome coronarien aigu
V.O	OUI Syndrome démentiel Trouble bipolaire	3	3/7	aucune	ATARAX 2 gouttes 3fois par jour IXEL 50mg 1 matin et soir THERALENE 30 gouttes le soir TIAPRIDAL 30 gttes matin 25 midi et soir	aucune

Tableau 4 : Caractéristiques des chutes au 1er semestre 2013

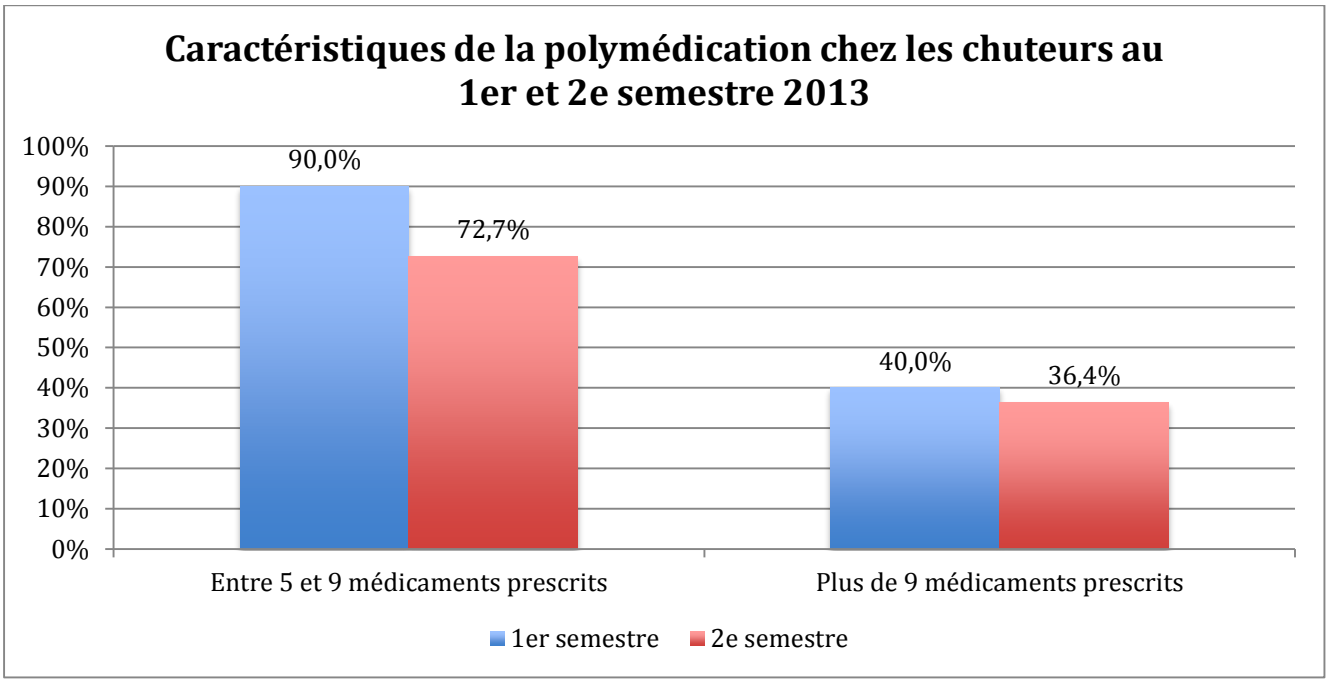
III- 6.2. Caractéristiques des chutes au deuxième semestre 2013 (de juillet à décembre)

Patient	Antécédents psy	GIR	Nombre de chutes	Conséquences de la chute	Traitement psychotrope en cours	Modifications thérapeutiques éventuelles/Evènements récents
B.E	OUI Démence mixte stade sévère	2	1/1	Hospitalisation pour plaie du front et fracture du doigt	SERESTA 10 mg 1/2 le matin et 1 le soir et XANAX 0,25 1/jour	Ajout du SERESTA et du XANAX le même mois que la chute
B.Ra	OUI Syndrome démentiel stade sévère	2	1/1	aucune	BROMAZEPAM 6mg 0,25 1/jour CITALOPRAM 20mg 1/jour THERALENE 5mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour REMINYL 4 mg 1cp x2/jour	aucune
B.M	OUI Trouble confuso-démentiel	3	1/2	aucune	SERTRALINE 50mg 1/jour ZOPICLONE 7,5mg 1/2/jour SERESTA 10mg 1/2/jour	aucune
C.D	OUI Syndrome dépressif	2	1/2	aucune	STABLON 12,5 mg 1 matin et soir ZOLPIDEM 10mg 1/2/jour	aucune
D.Y	NON	3	1/1	aucune	aucun	aucune
F.C	OUI Trouble bipolaire	2	1/3	aucune	CITALOPRAM 20mg 1/2/jour THERALENE 15 gouttes le soir ATARAX 25 mg 2/1/4 TERCIAN 3 gouttes midi 5 gouttes le soir	TERCIAN en cours de diminution progressive

GS.J	OUI Syndrome dépressif	2	4/5	Une chute suivie une semaine après d'une hospitalisation pour syndrome de glissement/prise en charge palliative Une chute entraînant une hospitalisation pour fracture du nez avec déviation de la cloison nasale et plaie de la main	ATHYMIL 30mg 1le soir LEXOMIL 6mg 0.5 le soir	aucune
M.A	OUI Syndrome anxio-dépressif	4	2/6	Une chute avec plaie du coude	SEROPLEX 5mg 1/jour ZOLPIDEM 10mg 1/2 le soir	2e chute survenue 15 jours avant son décès (fin de vie)
P.G	OUI Syndrome dépressif	2	1/1	aucune	PAROXETINE 20mg 1/jour	aucune
S.S	OUI Syndrome démentiel	3	1/1	aucune	aucun	aucune
V.O	OUI Syndrome démentiel Trouble bipolaire	3	4/7	Une chute avec plaie du pouce	ATARAX 2 gouttes 3fois par jour IXEL 50mg 1 matin et soir THERALENE 30 gouttes le soir TIAPRIDAL 30 gttes matin midi soir	aucune

Tableau 5 : Caractéristiques des chutes au 2e semestre 2013

III – 6.3. Caractéristiques de la polymédication chez les patients chuteurs

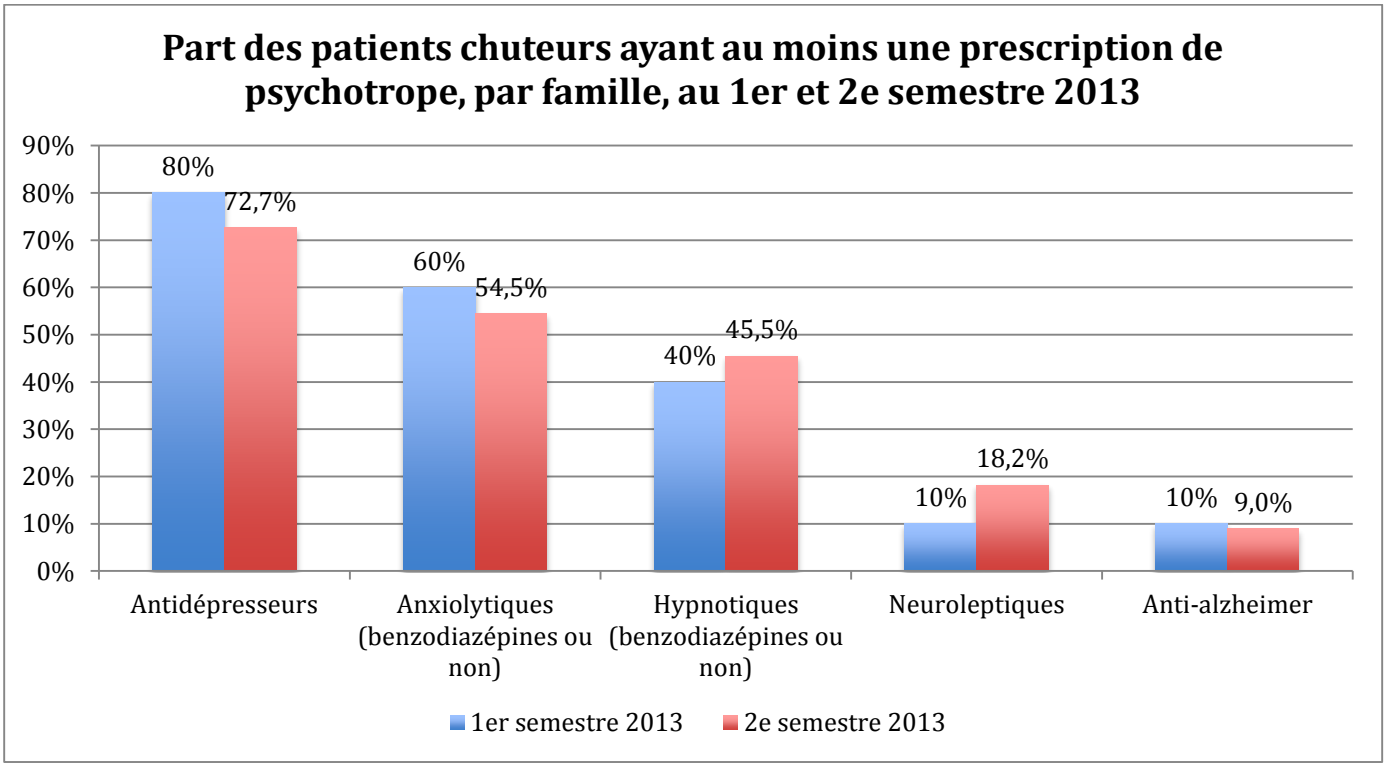


Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **La polymédication (c'est à dire entre 5 et 9 médicaments prescrits) concerne 90% des patients chuteurs au 1er semestre et 72,7% des chuteurs au 2e semestre**

- **La polymédication excessive (plus de 9 médicaments prescrits) concerne 40% des chuteurs au 1er semestre et 36,4% au 2e semestre.**

III – 6.4. Caractéristiques de la prescription des psychotropes chez les patients chuteurs



Au vu de ces résultats, nous pouvons noter que :

- **La consommation de psychotropes est importante chez nos patients chuteurs** (en prenant en compte les antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et anti Alzheimer) puisque 90% d'entre eux ont au moins un psychotrope prescrit au 1er semestre et 30% en ont au moins 3. Au 2e semestre 82% d'entre eux ont au moins un psychotrope prescrit et 36,3% en ont au moins 3.

- **La prescription des antidépresseurs, anxiolytiques (benzodiazépines ou non), et anti-Alzheimer est en discrète diminution entre le 1er et 2e semestre.**

- **La prescription des neuroleptiques et hypnotiques (benzodiazépines ou non) est en discrète augmentation entre le 1er et 2e semestre.**

III - 6.5. Contexte de survenue des chutes

Pour les 23 patients inclus de l'étude, on dénombre en 2013, 34 chutes. Ces 34 chutes concernent 15 patients.
On constante que 6 patients chuteurs, ont chuté à la fois au 1er et au 2e semestre 2013.
4 patients n'ont chuté qu'au 1er semestre 2013. Ils étaient pourtant présents également au sein de l'EHPAD au 2e semestre.
5 patients n'ont chuté qu'au 2e semestre 2013. Mais parmi ces 5 patients, 2 patients étaient absents au sein de l'EHPAD au 1er semestre et ne sont arrivés qu'aux mois de mai et de juin 2013.

Au 1er semestre 2013 :

- On dénombre 10 patients chuteurs et 16 chutes. 90% des chuteurs sont des femmes.
- Sur ces 10 chuteurs, 9 patients sur 10 ont des antécédents psychiatriques et ont donc au moins un médicament psychotrope au moment de la chute (soit 90% des patients).
- La moitié des chuteurs sont classifiés GIR 2 (5 patients), 2 patients GIR 3, 1 patient GIR 4, 2 patients GIR 5 et aucun patient n'est classifié GIR 1.
- Sur les 16 chutes, 2 patients ont fait 7 chutes. (3 chutes pour l'un et 4 chutes pour l'autre.) Ces 2 patients ont respectivement 3 et 4 psychotropes au moment de la chute.

Au 2e semestre 2013 :

- On dénombre 11 patients chuteurs et 18 chutes. Tous les patients chuteurs sont des femmes.
- Sur ces 11 chuteurs, 10 patients ont des antécédents psychiatriques (soit 91% des patients) et 9 patients sur 11 ont au moins un médicament psychotrope au moment de la chute. (soit 82% des patients).
- Plus de la moitié des chuteurs sont classifiés GIR 2 (6 patients), 4 patients GIR 3, 1 patient GIR 4. Aucun patient n'est classifié GIR 1 ou GIR 5.
- Sur les 18 chutes survenues au cours de ce 2e semestre, 2 patients ont fait 8 chutes (4 chutes pour chacun des patients).

Facteur déclenchant/ Evènement intercurrent récent :
Au 1er semestre 2013 :

- Pour 3 chutes sur 16, on constate une modification du traitement psychotrope quelques jours avant survenue de la chute (Augmentation de la Sertraline, Augmentation de l'Atarax, Augmentation du Lexomil) soit 18,75% des chutes
- Pour 2 chutes sur 16 (soit 12,5% des chutes), on constate que la chute survient 10 à 15 jours après une arrivée dans l'EHPAD : une chute après sortie d'hospitalisation pour syndrome coronarien aigu, une chute suite à la nouvelle arrivée dans l'EHPAD.

- On peut noter que le patient ayant chuté après sa sortie d'hospitalisation est le seul patient n'ayant pas d'antécédent psychiatrique et n'ayant donc aucun traitement psychotrope prescrit.
- 11 chutes sur les 16 (soit 68,75% des chutes) n'ont pas d'événement récent ou de modification thérapeutique récente mais toutes sont survenues chez des patients ayant au moins un médicament psychotrope prescrit au moment de la chute.
- Sur les 10 chuteurs, un seul patient n'a aucun psychotrope, 2 patients en ont 1, 5 patients en ont 3 et un seul patient a 4 psychotropes au moment de la chute.
- Les 2 gros patients chuteurs de ce 1er semestre (7 chutes à eux 2 soit 43,75% des chutes) ont respectivement 3 et 4 psychotropes au moment de leurs chutes.

Au 2e semestre 2013 :

- Pour 2 chutes sur 18 (soit 11,11% des chutes) on constate une modification du traitement psychotrope quelques jours avant la survenue de la chute.
- Une chute est survenue 15 jours avant le décès du patient.
- 15 chutes sur 18 (soit 83,3% des chutes) n'ont pas de facteur déclenchant évident.
- Sur les 11 chuteurs du 2e semestre, 2 patients n'ont aucun psychotrope au moment de la chute, 1 patient en a qu'un seul, 4 patients ont 2 psychotropes, 1 patient en a 3, 2 patients en ont 4 et un patient a 5 psychotropes au moment de la chute.
- On constate que les 2 patients les plus chuteurs de ce 2e semestre (8 chutes au total à eux 2 soit 44,4% des chutes) ont respectivement 2 et 4 psychotropes prescrits au moment de leurs chutes.

III - 7. Résultats de l'approche qualitative de l'outil de révision des ordonnances à l'aide de l'enregistrement de l'IDE référente de l'EHPAD en 2013

- des débuts difficiles

Au total, *« environ 10 »* sur 12 médecins au sein de l'EHPAD ont participé à cette réévaluation des prescriptions.

L'infirmière référente à l'époque n'a pas pu s'entretenir avec tous les médecins à ce sujet au départ car *« certains médecins passaient au moment où je n'étais pas là ».*
Pour ceux à qui nous n'avons pas pu expliquer la démarche de l'ARS soit ils ont directement jeté l'enveloppe soit ils n'ont pas compris et ont arrêté directement le traitement psychotrope par peur du contrôle de l'ARS sans se poser la question de l'utilité du traitement

- malgré des explications données aux médecins dès le départ

En effet, des explications avaient été laissées pour chaque médecin *« on leur avait laissé une enveloppe pour leur expliquer le but de l'ARS et de cette réévaluation. La réaction était « l'ARS contrôle tout, on arrête tout ». Il a donc fallu reprendre les explications pour l'ensemble des médecins, leur expliquer qu'il ne s'agissait pas d'un contrôle mais que le but était de se poser les bonnes questions sur l'utilité des traitements prescrits, les modifications éventuelles qui pouvaient être envisagées… »*

- puis une nouvelle phase de ré explications

De ce fait le travail du médecin coordonnateur et de l'infirmière a été de réexpliquer les choses, de leur dire que *« non l'ARS demande quelque chose de somme toute légitime, on se repose les bonnes questions, elle ne dit pas qu'il faut tout arrêter (…) Non, il faut y aller calmement. Mais c'est vrai que dès que c'est donné par l'ARS on a l'impression qu'on leur donne un hérisson entre les doigts. »*

La démarche a donc été de les accompagner afin d'expliquer les objectifs et surtout d'insister sur l'intérêt du patient dans cette réévaluation *« ce n'est pas que le problème de l'ARS mais aussi notre problème à nous et puis surtout le problème du résident (…). Y avait pas de bon point à l'arrivée, c'était juste dans l'intérêt du patient. Mais certains n'aiment pas que l'on se mêle de leurs ordonnances (…). Mais à un moment l'évolution de la maladie est telle chez certains patients, avec des troubles cognitifs sévères tels maladie d'Alzheimer ou apparentée, on se dit parfois, que traitement ou rien on essaie rien et on regarde ce que ça donne »*

- **un outil mal perçu dans l'ensemble au début…**

Globalement, cette démarche de réévaluation par l'ARS n'a pas été bien perçue par les médecins de l'EHPAD *« dans la globalité pour tous il n'était pas bien perçu ».*
L'infirmière relate même des difficultés à communiquer avec eux à ce sujet *« oui forcément. Forcément car ils ont une appréhension vis à vis de l'ARS (…). Dès que l'ARS parle, ils râlent en disant qu'on les empêche de travailler dans de bonnes conditions, de quoi l'ARS se mêle. »*

Certains médecins ont même refusé de faire cette réévaluation *« sur la dizaine de médecin, deux ont clairement refusé. »*

- … mais finalement mieux perçu par la suite

Après toutes ces ré explications données concernant le projet de l'ARS, la vision des médecins avait globalement changé *« après c'était mieux perçu ».*

On peut même constater que cette réévaluation a pu faire changer la pratique quotidienne de certains médecins et les inciter spontanément à faire cette réévaluation *« c'est vrai que les médecins sont un peu réfractaires mais quand on leur explique que finalement il n'y a pas eu de changement de comportement du patient alors qu'on a diminué ou arrêté*

le traitement, ça les fait réfléchir. Au bout d'un moment, d'eux mêmes ils demandent « tiens on peut pas essayer de diminuer ou arrêter celui-là » ».

- des modifications prudentes

La réévaluation concernait *« un seul »* médicament à chaque fois et de façon générale les principales modifications réalisées étaient *« la diminution de posologie. Extrêmement légère, passer de un comprimé à un demi, c'est tout, et encore on a revu nos stratégies car cela ne marchait pas quand même (…) On ne peut pas se permettre de grandes modifications d'autant qu'li n'y a qu'une infirmière et demi par jour. Donc on a été vraiment en douceur sur chaque modification et pour la plupart on est quand même revenus en arrière en se disant que nous étions dans le bon dosage ».*

- une petite structure

L'EHPAD dans laquelle a été menée l'étude est une petite EHPAD avec une capacité maximum de 24 lits. Néanmoins beaucoup de patients ont des troubles cognitifs sévères *« parfois il vaut mieux les laisser vivre avec et nous, nous adapter à eux plutôt que de les surmédicaliser. Je suis pas trop pour les « camisoles chimiques », pour l'enfermement et ce côté : ils ne bougent plus, on est tranquilles. »*

- une réévaluation régulière

Globalement, les entretiens, avec les médecins, par la suite, à ce sujet ont été nombreux et réguliers *«cela a été à plusieurs reprises sur plusieurs semaines ».*

De ce fait chaque entretien était l'occasion de rediscuter de la pertinence du traitement prescrit pour chaque patient *« effectivement la question de l'ARS était intéressante car on ne se posait peut être pas nécessairement la question sur des pathologies qui sont longues, évolutives, et donc cela nous a permis de nous remettre en question clairement ».*

Le moment le plus propice pour la réévaluation du traitement était lors du renouvellement du traitement du patient car *« il faut que les médecins aient le temps de se poser, qu'on ait le temps de leur parler véritablement du résident en question ».*

- un impact sur la pratique quotidienne de l'infirmière

Cette réévaluation régulière des traitements était l'occasion à chaque fois de poser la question de l'utilité du traitement prescrit avec parfois bien sûr son maintien lorsque l'indication était réelle, parfois sa diminution voire son arrêt afin de diminuer au maximum les effets indésirables et interactions médicamenteuses.

De ce fait la diminution globale du nombre de médicaments prescrits dans l'EHPAD a eu un impact direct sur la pratique quotidienne de l'infirmière *« à l'époque où je faisais encore moi même les piluliers à la main, rien que le fait de réévaluer m'a fait gagner une demi-heure par tournée environ pour les 24 patients qui sont présents en moyenne. Donc ce n'est pas rien en terme de charge de travail ».*

III - 8. Deuxième partie des résultats : Résultats de l'enquête menée par la CPAM : Evaluation globale de la prescription médicamenteuse au sein de l'EHPAD en comparaison aux EHPAD de la région puis de la France, selon les résultats publiés par l'Assurance Maladie.

Cette partie des résultats ne concerne pas les résultats de notre étude.
En revanche, nous avons décidé de les faire apparaître dans une deuxième partie de résultats de notre étude, car il s'agit des résultats statistiques présentés par la CPAM sur la prescription des psychotropes au sein de l'EHPAD lors d'une réunion au mois de juillet 2015.

Ces résultats avaient pour objectif de présenter le profil de prescription des psychotropes de l'EHPAD en 2013 en comparant les différents résultats aux EHPAD de même catégorie de la région et de la France.

III - 8.1. Evaluation de la poly-médication sur l'année 2013

Les objectifs de l'action d'accompagnement des EHPAD par l'Assurance Maladie s'appuient sur les recommandations de la HAS et concernent :

- l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)
- la prise en compte des indicateurs d'alerte et de maitrise de la iatrogénie

Selon les résultats établis par l'Assurance Maladie, la part des résidents de l'EHPAD ayant plus de 10 lignes de prescriptions par mois représente 11% des patients (moyenne mensuelle des pourcentages de résidents qui ont eu plus de 10 lignes par mois en 2013).

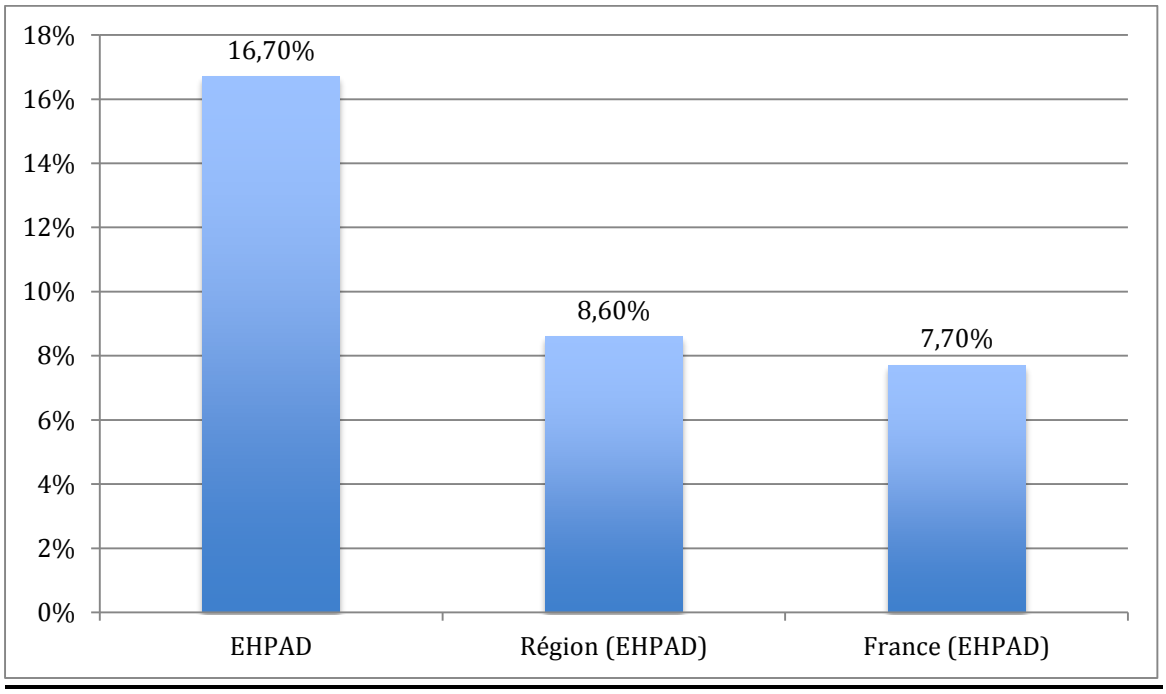
	Part des résidents de l'EHPAD ayant plus de 10 lignes de prescriptions par mois		
	EHPAD	Région (EHPAD)	France (EHPAD)
Parmi les résidents de plus de 75 ans ou de 66/75 ans avec au moins une ALD	11,0%	9,9%	9,5%

Tableau 6 : Part des résidents ayant plus de 10 lignes de traitement

III - 8.2. Evaluation de la prescription des psychotropes sur l'année 2013

Les psychotropes pris en compte dans les résultats publiés par la CPAM comprennent les antidépresseurs, les benzodiazépines anxiolytiques, benzodiazépines hypnotiques et neuroleptiques.

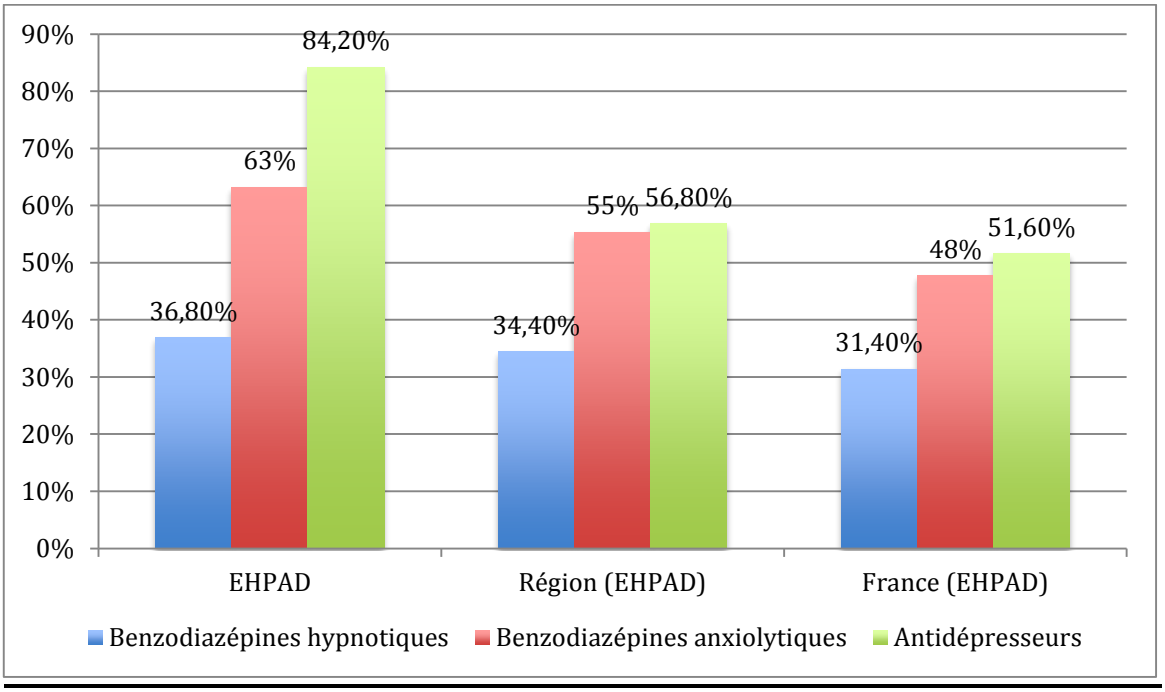
Part des résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents dans le mois :



Le graphique ci-dessus représente la moyenne mensuelle sur 2013 du nombre de résidents ayant eu plus de deux prescriptions de psychotropes différents dans le mois/ nombre total de résidents de l'EHPAD. Comparatif de l'EHPAD avec les autres EHPAD de la région et de France.

Selon les résultats de l'Assurance maladie, on constate que 16,7% des patients de l'EHPAD ont eu plus de 2 psychotropes différents dans le mois, contre 8,6% en moyenne dans les autres EHPAD de la région et 7,7% en France.

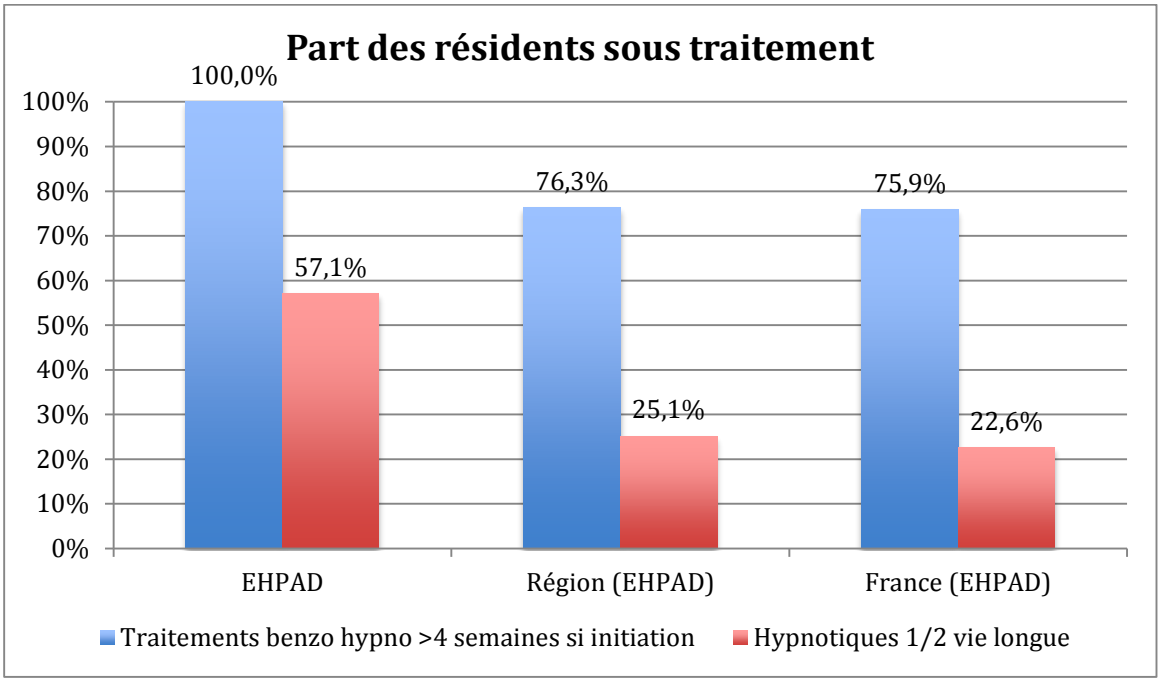
Part des résidents ayant eu au moins une prescription de psychotropes, par famille, dans l'année :



Le graphique ci-dessus représente le nombre de résidents ayant eu au moins une prescription respectivement de benzodiazépines hypnotiques, benzodiazépines anxiolytiques et d'antidépresseurs au cours de l'année 2013/ nombre total de résidents de l'EHPAD.

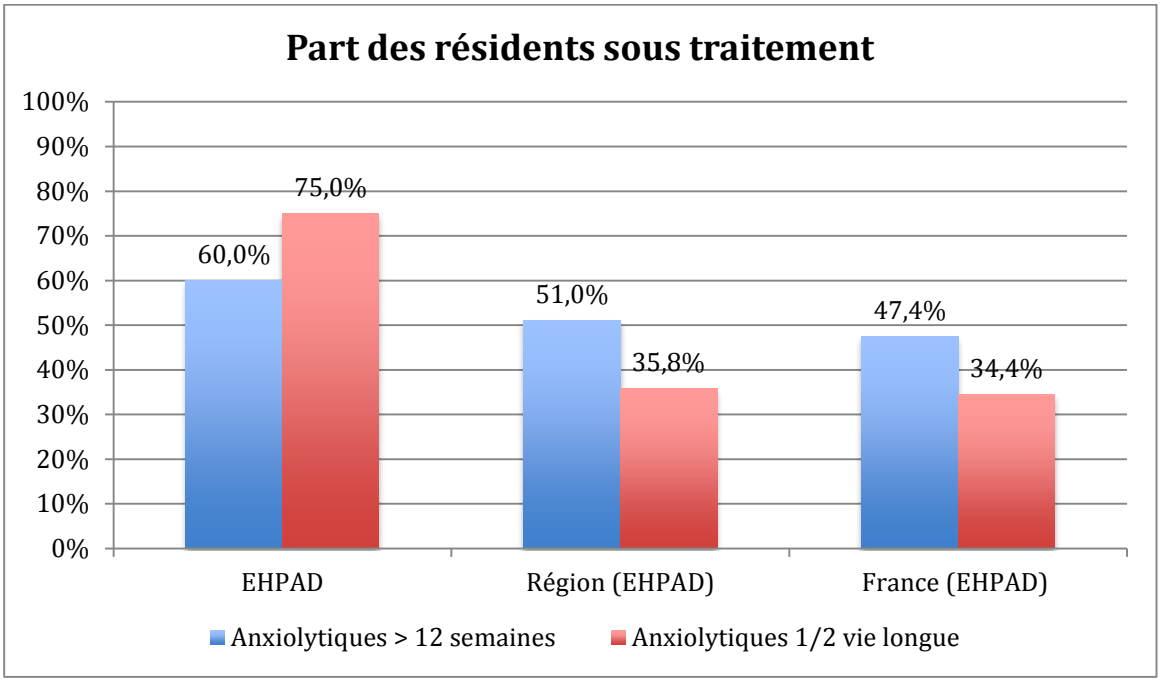
Il ressort de ce graphique qu'au sein de l'EHPAD, 84,2% des patients ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs, 63% de benzodiazépines anxiolytiques et 36 8% de benzodiazépines hypnotiques.
Comparé aux autres EHPAD de la région et de France, la prescription d'antidépresseurs concerne respectivement 56,8% des patients et 51,6% des patients ; la prescription de benzodiazépines anxiolytiques concerne respectivement 55% et 48% des patients ; enfin la prescription de benzodiazépines hypnotiques concerne 34,4% et 31,4% des patients

III - 8.3. Evaluation de la prescription de benzodiazépines hypnotiques sur l'année 2013



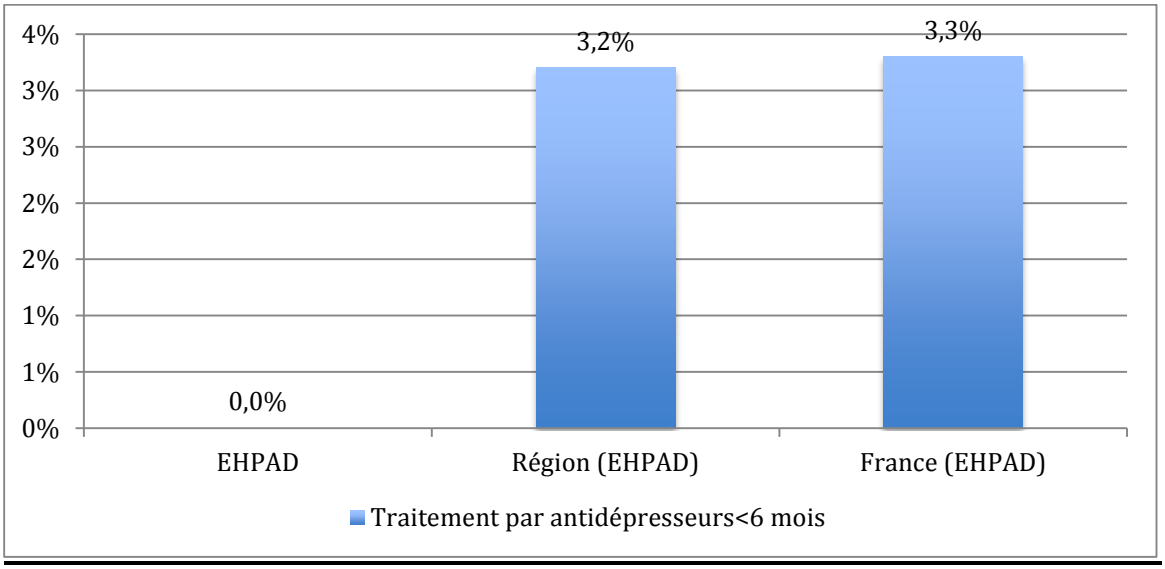
Au sein de l'EHPAD 100% des résidents ayant débuté un traitement par hypnotiques au cours de l'année 2013 ont une durée de traitement supérieure à 4 semaines contre 76% en moyenne dans les EHPAD de la région et de la France.
De plus, le nombre de résidents traités par hypnotiques à demi-vie longue au cours de l'année 2013/nombre total de résidents traités par hypnotiques représente 57,1% des patients au sein de l'EHPAD contre 25,1% en région Aquitaine et 22,6% en France.

III - 8.4. Evaluation de la prescription de benzodiazépines anxiolytiques sur l'année 2013



Au sein de l'EHPAD, le pourcentage de résidents ayant débuté un traitement par anxiolytiques au cours de l'année 2013 dont la durée est supérieure à 12 semaines / nombre total des résidents ayant initié un traitement par anxiolytiques est de 60% contre 51% en Aquitaine et 47 4 % en France
De plus, la part des résidents traités par anxiolytiques à demi-vie longue au cours de l'année 2013/ nombre total de résidents traités par anxiolytiques représente 60% des patients au sein de l'EHPAD contre 51% en Aquitaine et 34,4% en France.

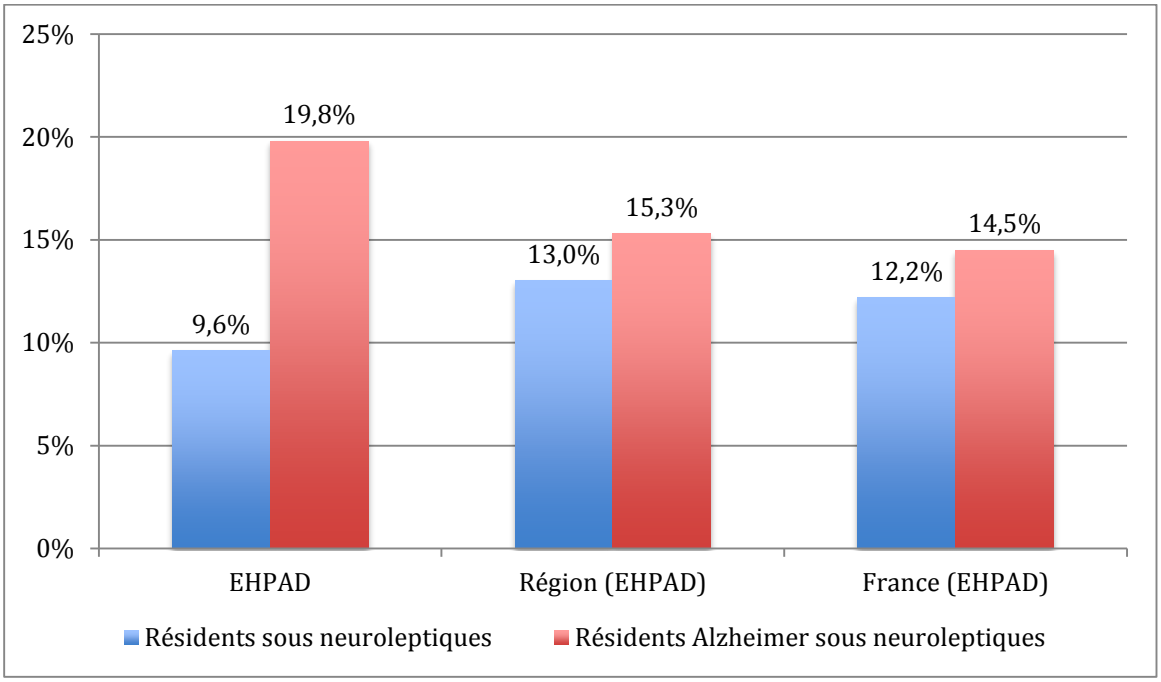
III - 8.5. Evaluation de la prescription d'antidépresseurs sur l'année 2013



Identification des résidents qui ont moins de 6 mois de traitement en repérant ceux qui sont en initiation de traitement c'est à dire qui n'ont pas eu de prescription d'antidépresseurs au cours des 6 mois précédents, et identification de ceux qui, dans les 12 mois qui suivent cette initiation de traitement ont eu moins de 6 délivrances.
Mode de calcul : nombre de résidents ayant début un traitement antidépresseurs en 2013 avec une durée de traitement de moins de 6 mois / nombre total de résidents ayant eu au moins une prescription d'antidépresseurs en 2013.

On constate donc qu'au sein de l'EHPAD aucun patient n'a eu un traitement antidépresseur prescrit pour une durée inférieure à 6 mois.
Concernant les EHPAD de la région, 3,2% des patients ont eu un traitement antidépresseur prescrit pour une durée inférieure à 6 mois, et 3,3% des patients pour les EHPAD en France.

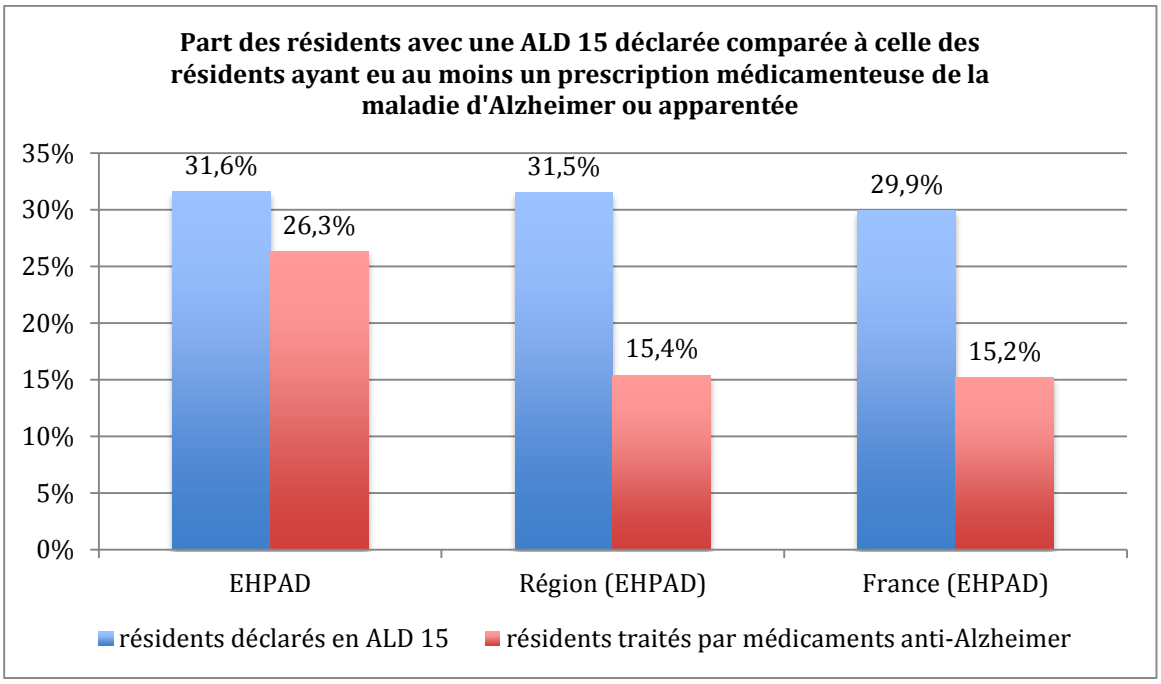
III - 8.6. Evaluation de la prescription de neuroleptiques sur l'année 2013



En bleu, mode de calcul : nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2013/nombre total de résidents
En rouge, mode de calcul : nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée (repérées soit par l'ALD 15 soit par une délivrance de traitement anti-Alzheimer) ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2013/ nombre total de résidents de l'EHPAD ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

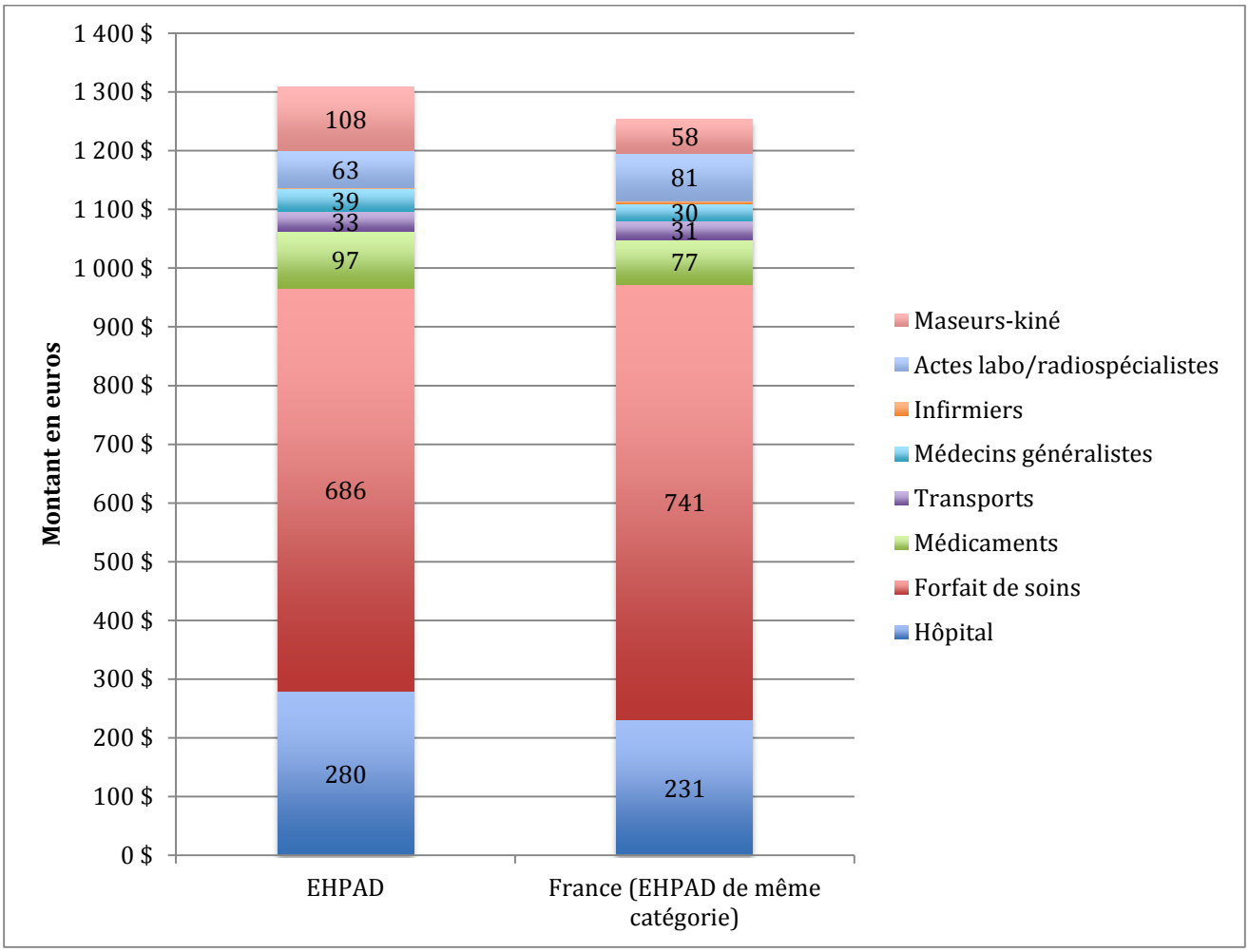
Il ressort de ce tableau qu'au sein de l'EHPAD, 9,6% des patients ont au moins eu une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2013, contre 13% des patients dans les EHPAD de la région et 12,2% pour la moyenne des EHPAD en France.
On constate également qu'au sein de l'EHPAD, 19,8% des patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée ont eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année, contre 15,3% en moyenne dans les EHPAD de la région et 14,5% en France.

III - 8.7. Evaluation de la déclaration des ALD, exemple de l'ALD 15 : maladie d'Alzheimer et autres démences



Au total au sein de l'EHPAD, 31,6% des résidents ont été déclarés en ALD 15 contre 31,5% en région et 29,9% en moyenne en France (nombre de résidents déclarés en ALD 15/ nombre total de résidents de l'EHPAD).
26,3% des patients de l'EHPAD sont traités par médicaments anti-Alzheimer contre 15,4% des patients en région et 15,2% en France (nombre de résidents traités par médicaments anti-Alzheimer/nombre total de résidents de l'EHPAD)

III - 8.8. Evaluation du coût mensuel de soins en 2013 par résident et par poste



Au total, selon le graphique, le coût mensuel de l'EHPAD par résident en 2013 est de 1308 euros. Le coût mensuel en France (en moyenne des EHPAD de même catégorie) est de 1219 euros.

IV - Discussion

IV - 1. Limites et biais de l'étude

Le schéma d'étude

Le caractère rétrospectif de l'étude expose davantage au biais de mémoire et à un nombre non négligeable d'informations perdues ou non notifiées.

Le fait d'avoir étudié les patients d'un seul EHPAD, qui d'autant plus est un petit EHPAD avec une capacité d'accueil maximale de 24 patients, entraîne un effectif limité et n'assure la représentativité que de la population du dit centre.

La période d'inclusion a concerné la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 ce qui ne permet qu'une vision sur une année de l'évolution des prescriptions.
La durée d'inclusion de un an a été déterminée d'après les résultats publiés par la CPAM qui s'intéresse au profil des prescriptions des EHPAD sur une année.

Le fait d'avoir comparé les prescriptions aux mois de janvier, de juin et de décembre, peut engendrer des informations perdues telles que des prescriptions modifiées (tentative d'introduction d'un nouveau psychotrope/ tentative d'arrêt) sur une courte durée (par exemple entre le mois de févier et le mois de mai) et qui de ce fait n'apparaît pas dans nos calculs. Néanmoins, grâce au tableau 2 *« vision globale de la prescriptions de psychotropes au sein de l'EHPAD sur l'année 2013 de l'ensemble des patients inclus dans l'étude »,* nous faisons apparaître toutes les modifications intermédiaires de courte durée, et toutes les modifications éventuelles de posologie, permettant ainsi une vision complète des prescriptions tout au long de l'année 2013.

La population étudiée

Nous avons choisi d'exclure les patients présents moins de 6 mois au cours de l'année 2013 au sein de l'EHPAD ce qui a restreint le nombre de patients inclus et ce qui a pour conséquence de sélectionner une population incluse différente aux mois de janvier de juin et de décembre.
Néanmoins notre étude ayant pour objectif de comparer les prescriptions aux mois de janvier, de juin et de décembre, il paraissait essentiel de sélectionner des patients pour lesquels nous avions au moins un comparatif de prescriptions janvier-juin ou juin-décembre.

Les modalités de sélection

Aucune procédure de randomisation n'a été utilisée pour inclure nos patients. En effet, il n'était pas question ici de former un échantillon représentatif à partir de la population source mais d'inclure (hors critères d'exclusion) tous les patients correspondant aux critères d'inclusion.
On peut imaginer un biais de sélection limité du fait de l'absence de sélection particulière des patients (pas de critère démographique ou clinique des patients).

Les modalités du recueil de données

Le fait de recueillir les données sur dossiers informatiques expose au risque d'informations perdues ou non notifiées (ex : chute d'un patient non notée dans les transmissions, conséquences éventuelles de changement de posologie non précisées...). La fiabilité des résultats est liée à la fiabilité des bases de données.

L'étude a été réalisée sans interroger ni les patients ni les prescripteurs évitant les biais liés aux enquêtes déclaratives mais ne permettant pas de connaître réellement l'état de santé du patient.

Concernant le recueil des données de chutes, les circonstances et conséquences des chutes n'étaient pas toujours entièrement mentionnées.

Lors de la phase de recueil de données par entretien audio, nous pouvons imaginer que le caractère semi-directif de l'entretien peut être à l'origine de questions orientées, de paroles coupées et a ainsi pu influencer sur le contenu de l'entretien.
Une autre limite peut être envisagée, à savoir le manque d'expérience de l'enquêtrice dans la conduite des entretiens.

Le fait de ne recueillir qu'un seul entretien audio expose au risque de n'avoir qu'une seule vision qualitative. Néanmoins, l'objectif principal de notre étude était d'établir une évaluation quantitative de l'évolution des prescriptions.

Enfin, nous pouvons imaginer un biais de recueil car l'enregistrement par dictaphone a pu entrainer une certaine retenue de la part de la personne interviewée bien que le caractère anonyme ait été précisé.

IV - 2. Forces de l'étude

Notre thèse étudie une situation spécifique à l'exercice du médecin généraliste, dédiée aux Soins Primaires.

Il s'agit du premier travail de thèse effectué sur l'impact d'un outil de révision des ordonnances sur l'évolution de la prescription des psychotropes au sein d'un EHPAD au cours d'une année. En revanche quelques travaux ont déjà été menés sur la révision des ordonnances notamment en milieu hospitalier.
Ce travail a été réalisé en lien avec le projet de l'ARS concernant la prescription des neuroleptiques, généralisé dans notre étude à l'ensemble des psychotropes.

Cette étude repose sur les médicaments prescrits mais aussi effectivement délivrés au patient ce qui permet d'évaluer leur consommation effective et l'observance du traitement. Néanmoins, nous pouvons imaginer que comme dans tout EHPAD, certains médicaments pourraient ne pas être effectivement pris par le patient malgré sa délivrance (laissés sur la table, perdus par terre ou dans le lit...), ou que certains médicaments pourraient même être « donnés » entre patients eux-mêmes.

D'autre part, notre étude apporte à la fois une approche quantitative de la prescription des médicaments et qualitative de l'effecteur qui était l'infirmière coordonnatrice présente à l'époque au sein de l'EHPAD

Ce travail met en exergue les bénéfices et apports éventuels dans la lutte contre la iatrogénie pour les patients et le personnel soignant.

Le recueil des données et l'analyse ont été réalisées par une seule personne ce qui permet d'éviter d'éventuelles variations inter-enquêteurs.

De plus, le traitement et recueil des données sur informatique se sont toujours faits de manière complètement anonyme de même que l'entretien audio.

La méthodologie suivie permet la reproductibilité du protocole de l'étude.

Nous avons de plus assuré la fiabilité de l'analyse des données et la retranscription minutieuse de l'entretien audio.

IV - 3. Comparaison des résultats avec les données de la CPAM et de la littérature

IV - 3.1. Comparaison de l'effectif de notre étude avec celui de la CPAM et des données de la littérature

Notre effectif est restreint du fait du schéma d'étude monocentrique au sein d'un EHPAD avec une capacité maximale d'accueil de 24 lits, comparé à l'étude menée par l'équipe de Onder (43) s'intéressant à la polymédication, où 4023 patients ont été inclus dans 57 EHPAD et 8 pays différents, ou à l'étude menée par l'équipe de Fauvelle (44) où 495 résidents ont été inclus dans 8 EHPAD différentes en France.

Notre population incluse (c'est à dire tout patient présent au moins six mois consécutifs dans l'EHPAD afin d'avoir au moins un comparatif des prescriptions janvier/juin ou juin/décembre) est différente aux mois de janvier, juin et décembre 2013 avec respectivement 20, 23 et 19 patients inclus. Seulement 16 patients sont présents toute l'année 2013 au sein de l'EHPAD.
L'effectif de notre étude n'était pas suffisant pour permettre des calculs statistiques.

Les résultats publiés par la CPAM concernent la totalité des patients ayant été présents dans l'EHPAD au cours de l'année 2013, quelle que soit leur durée de présence, soit au total 33 patients. Notre population incluse est donc différente de celle prise en compte par la CPAM et de ce fait nos résultats ne pourront pas être strictement comparés à ceux publiés par l'Assurance Maladie.

IV - 3.2. Comparaison de la population de l'étude

Le nombre de patients inclus est faible et concerne une population poly-pathologique avec une nette majorité de patients ayant des antécédents psychiatriques.

Les résultats publiés par l'Assurance Maladie ne précisent pas les caractéristiques démographiques et médicales des patients pris en compte pour l'ensemble des calculs.

Si l'on compare les caractéristiques de notre population à celles de l'étude européenne multicentrique menée par l'équipe de Onder (43) ou à l'étude transversale multicentrique de Fauvelle (44) on peut noter que :

- Notre population a une moyenne d'âge plus élevée de 5 ans environ (87,8 ans en janvier- 88,4 ans en juin et 88,1 ans en décembre) que la population de l'étude de Onder (43). Elle est également plus élevée que celle de la population de l'étude menée par l'équipe de Fauvelle (44) dans laquelle la moyenne d'âge est de 86,8 ans.

- Notre effectif est davantage composé de femmes : 90% de femmes en janvier, 91,3% en juin et 89,5% en décembre alors que dans l'étude menée par l'équipe de Onder (43), on note 73,2% de femmes.

IV – 3.3. Comparaison des résultats concernant l'évolution de la polymédication

Dans ce chapitre, nous rappellerons les principaux résultats de notre étude et nous les discuterons en les rapprochant dans un premier temps des données publiées par la CPAM et dans un second temps des données de la littérature.

Dans notre étude :

Pour l'ensemble des patients inclus, on constate une **diminution globale du nombre total de médicaments prescrits (toutes classes confondues y compris les psychotropes)** puisque l'on retrouve 160 médicaments prescrits en janvier contre 150 médicaments en décembre pour respectivement 20 et 19 patients inclus.

Pour les 16 patients présents toute l'année dans l'EHPAD, le nombre de médicaments prescrits en janvier est de 128. On peut noter une diminution de ce nombre entre les mois de juin et de décembre avec respectivement 131 et 127 médicaments prescrits.

Le nombre moyen de médicaments par patient est globalement stable entre les mois de janvier et de décembre 2013 avec 8 médicaments par patient en janvier et 7,9 médicaments par patient en décembre. On avait pu assister néanmoins à une **diminution de ce nombre au mois de juin** avec un nombre moyen de médicaments par patient de 7,3.

Le nombre médian de médicaments prescrits est en diminution au cours de l'année 2013 avec 8,5 médicaments en janvier, 7 en juin et 8 en décembre. Là encore la diminution était plus importante au mois de juin

Le nombre maximum de médicaments prescrits par patient est de 14 que ce soit aux mois de janvier, de juin ou de décembre 2013.
Tous les patients de l'EHPAD ont au moins un médicament prescrit.

Concernant la poly-médication à proprement parler pour les patients inclus on peut noter que :

- **La proportion de patients ayant au moins 5 médicaments prescrits sur leur ordonnance est en nette diminution au cours de l'année 2013** avec 85% des patients en janvier, 73,9% des patients en juin et 73,7% en décembre.

- **La proportion de patients ayant un nombre de médicaments prescrits compris entre 5 et 9 médicaments (polymédicamentés) est également en nette diminution au cours de l'année 2013** : en effet au mois de janvier 60% des patients ont, sur leur ordonnance, entre 5 et 9 médicaments prescrits, 52,2% des patients au mois de juin et seulement 36,8% des patients au mois de décembre.

- En revanche, **la part des patients ayant au moins 10 lignes de traitement était initialement en diminution entre les mois de janvier et de juin** (25% des patients en janvier contre 21,7% des patients en juin) **mais secondairement en augmentation au mois de décembre** avec 36,8% des patients.

Pour les 16 patients présents toute l'année dans l'EHPAD on constate une diminution de la polymédication excessive (part des patients ayant au moins 9 lignes de traitement) avec 56,25% des patients en janvier, 50% en juin et 43 ?75% en décembre, mais une augmentation de celle-ci si l'on prend le seuil de 10 lignes de traitement minimum.

<u>Selon les résultats publiés par la CPAM :</u>

11% des patients âgés de plus de 75 ans ou de 66/75 ans avec au moins une ALD ont plus de 10 lignes de traitement par mois en 2013. (Moyenne mensuelle des pourcentages de résidents ayant plus de 10 lignes de traitement par mois).

Cette proportion de patients ayant plus de 10 lignes de traitement au sein de l'EHPAD serait supérieure à celle observée dans les autres EHPAD équivalents de la région (9,9% des patients) et de la France (9,5% des patients).

<u>Si l'on compare nos données à la littérature :</u>

Selon la littérature, la polymédication est définie par le seuil de 5 principes actifs chez le sujet âgé (45) (46) (43) et la polymédication excessive à partir de 10 médicaments prescrits (43) (47)

De nombreuses études se sont intéressées à l'évaluation de la polymédication en EHPAD.

Parmi celles ci, nous retenons principalement les trois études suivantes :

La première étude française (44) étude transversale multicentrique dont l'objectif est d'évaluer de façon rétrospective les prescriptions médicamenteuses de 495 résidents dans 8 EHPAD, un jour donné en France. Selon cette étude, **le nombre médian de médicaments prescrits par ordonnance est de 8,5. Tous les résidents avaient au moins un médicament prescrit. 89% des ordonnances comportaient au moins 5 médicaments, 37% au moins 10 et 7,9% au moins 15. La proportion de patients polymédicamentés avec une ordonnance comportant entre 5 et 9 médicaments atteint 41,9%.**

La seconde étude (43) étude transversale multicentrique européenne portant sur 4023 résidents de 57 EHPAD dans 8 pays différents. Cette étude avait pour objectif d'étudier la prévalence et les caractéristiques des patients concernés par la polymédication parmi les résidents d'EHPAD. **Cette étude démontre que 49,7% des résidents ont entre 5 et 9 médicaments prescrits (polymédication) et 24,3% en ont au moins 10 (polymédication excessive). Le nombre médian de médicaments prescrits pour les patients inclus est de 7 médicaments.**

Enfin, une troisième étude (47), étude transversale multicentrique, menée en Allemagne à Brême et dans la région avoisinante, avait pour objectif d'évaluer la polymédication, et en parallèle la fonction rénale, des résidents demeurant en EHPAD. Au total, 852 résidents de 21 EHPAD ont été inclus. **La polymédication (entre 5 et 9 médicaments) concernait 53,3% des patients et la polymédication excessive (au moins 10 médicaments) concernait 16,4% des patients**. Les diurétiques et psychotropes étaient les 2 classes médicamenteuses les plus fréquemment prescrites.

Les résultats de notre étude semblent concorder avec les résultats de la littérature tant pour le nombre moyen et médian de médicaments par patient ou encore la proportion de patients polymédicamentés ou faisant l'objet d'une polymédication excessive.

Néanmoins, nous rappelons que l'objectif de notre étude est d'évaluer **la tendance évolutive de la prescription médicamenteuse** au sein de l'EHPAD et non la prescription médicamenteuse à un temps donné comme c'est le cas dans ces trois études.

De même, nos résultats sont difficilement comparables à ceux publiés par l'Assurance Maladie étant donné que la population prise en compte par la CPAM n'est pas la même que la notre et que leurs résultats concernent une moyenne mensuelle globale des résultats de l'année 2013. De plus, du fait de l'effectif limité de notre étude, les écarts de pourcentages obtenus sont très rapidement importants.

Nous retenons donc que notre étude montre une **diminution globale du nombre total de médicaments prescrits toutes classes confondues, ainsi qu'une diminution**

nette de la polymédication (nombre de patients ayant entre 5 et 9 médicaments prescrits) **au cours de l'année 2013.**
En revanche, nous notons une augmentation de la polymédication excessive (au moins 10 médicaments prescrits) entre les mois de juin et de décembre 2013.

IV - 3.4. Comparaison des résultats concernant l'évolution de la prescription des psychotropes

Dans le cadre de l'amélioration de la prescription chez le sujet âgé, l'HAS a fixé comme indicateur de pratique clinique Alerte et Maîtrise de la iatrogénie, le seuil de coprescription de 3 psychotropes.

Comme dans le chapitre précédent, nous procéderons d'abord à un rappel de nos principaux résultats puis nous les discuterons par rapport aux résultats établis par la CPAM et aux données de la littérature.

Dans notre étude :

Concernant la prescription des psychotropes au sens large :

c'est à dire incluant les antidépresseurs, les benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques et les neuroleptiques, nous pouvons conclure à une **augmentation globale de la prescription des psychotropes au cours de l'année 2013** puisqu'ils représentaient 23,75% des médicaments prescrits toutes classes confondues en janvier contre 25,3% des médicaments en décembre.

De plus, **le nombre moyen de psychotrope prescrit par patient est en augmentation entre les mois de janvier et de décembre malgré une diminution initiale entre janvier et juin**.

Ces résultats sont globalement identiques lorsque l'on ne prend en compte que le résidents présents toute l'année au sein de l'EHPAD.

De façon plus détaillée :

Les antidépresseurs restent la classe pharmacologique parmi les psychotropes la plus prescrite, puisqu'ils représentent entre 56,5 et 70% des psychotropes prescrits au cours de l'année 2013.

Concernant l'évolution des différentes prescriptions de classes pharmacologiques de psychotropes, nous pouvons souligner :

- **La prescription des antidépresseurs est globalement stable entre les mois de janvier et de décembre** (70% des patients en janvier contre 68,4% en décembre) **malgré une diminution transitoire au mois de juin** (56,5%)

- **Une diminution initiale de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques entre janvier et juin puis une ré-augmentation au mois de décembre 2013**. Mais surtout nous pouvons souligner **une diminution**

de la proportion de patients étant sous benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue au cours de l'année 2013 (de 75% à 40%).

- **Une diminution de la prescription des benzodiazépines hypnotiques entre les mois de janvier et de décembre** (concernant 35% des patients en janvier contre 31,5% en décembre). Nous pouvons souligner **qu'aucun patient sous benzodiazépine hypnotique n'est sous benzodiazépine hypnotique à demi-vie longue** que ce soit aux mois de janvier, juin ou décembre.

- **Une diminution nette de la prescription des neuroleptiques** (concernant 25% des patients en janvier contre 15,7% en décembre) mais aussi **une diminution de la part des résidents Alzheimer ou maladie apparentée sous neuroleptiques** (seulement 15,4% des résidents Alzheimer ou maladie apparentée en décembre contre 30,8% en janvier et 38,5% en juin).

- **Une diminution nette de la prescription des médicaments anti Alzheimer chez les patients diagnostiqués déments** (27,3 % des patients en janvier contre 15,8% en juin et seulement 10 % des patients en décembre) **alors que la proportion des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée est globalement stable tout au long de l'année 2013** (environ un patient sur 2).

Selon les résultats publiés par la CPAM :

1- Part des résidents ayant plus de 2 psychotropes prescrits

16,7% des patients ont plus de 2 psychotropes différents dans le mois (moyenne mensuelle sur 2013 des patients ayant plus de 2 psychotropes différents/ nombre total de résidents de l'EHPAD). Ce résultat est supérieur à celui observé dans les EHPAD de même catégorie de la région et de la France.

Selon nos résultats, **nous retrouvons 35% des patients inclus ayant plus de 2 psychotropes différents au mois de janvier, 30,4% des patients au mois de juin et enfin 36,8% des patients au mois de décembre**.

Cette différence de résultat peut s'expliquer par le fait que notre population incluse n'est pas la même que celle prise en compte par la CPAM. En effet, nous avons aux mois de janvier juin et décembre respectivement 20,23 et 19 patients inclus , contrairement à la CPAM qui a pris en compte l'ensemble des résidents ayant été présents dans l'EHPAD en 2013 quelle que soit leur date d'entrée ou de sortie, soit 33 patients.

De plus, **du fait de l'effectif très limité de notre étude,** nous obtenons très rapidement des écarts de pourcentages beaucoup plus importants.

2- Prescription des différentes classes pharmacologiques de psychotropes

84,2% des patients ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs, 63% de benzodiazépines anxiolytiques, 36,8% de benzodiazépines hypnotiques, 9,6% de neuroleptiques, et 26,3% de médicaments anti Alzheimer.

Tous ces résultats sont supérieurs à ceux observés dans les autres EHPAD de même catégorie de la région et de la France, à l'exception de la prescription de neuroleptiques où l'EHPAD de Canéjan semble en dessous de la région et de la France.

Nous pouvons noter que **les antidépresseurs chez la personne âgée en France sont « sous »-prescrits** probablement du fait d'une symptomatologie plus frustre, mais selon les résultats établis par la CPAM, la prescription d'antidépresseurs dans notre EHPAD est nettement plus haute que dans les autres EHPAD de la région et de la France.
Les symptômes dépressifs chez le sujet âgé sont parfois confondus avec des troubles anxieux conduisant alors à une **« sur »prescription de benzodiazépines** qui plus à risque de chutes ou de confusion.

3- Prescription des benzodiazépines à demi-vie longue et durées de prescriptions

100% des patients ont eu un traitement hypnotique supérieur à 4 semaines, 57,1% des patients ont un hypnotique à demi-vie longue, 60% des patients ont eu une benzodiazépine anxiolytique pour une durée supérieure à 12 semaines, 75% des patients ont une benzodiazépine anxiolytique à demi-vie longue et 0% des patients ont eu un antidépresseur prescrit pour une durée inférieure à 6 mois.

Tous ces résultats sont supérieurs à ceux observés dans les autres EHPAD de même catégorie de la région et de la France, à l'exception de la proportion d'antidépresseurs prescrits pour une durée inférieure à 6 mois ce qui est conforme aux recommandations de l'HAS : en effet, le traitement antidépresseur d'attaque doit être d'au moins 6 semaines et le traitement d'entretien d'au moins 12 mois. La question de l'intérêt d'une phase de maintenance du traitement est de première importance chez la personne âgée tant la dépression à cet âge s'accompagne d'un taux élevé de récidives et se complique de handicaps fonctionnels et de suicide (1) .

Nos résultats ne sont pas strictement comparables puisque nos objectifs ne sont pas les mêmes :

- ceux de la CPAM veulent souligner dans un premier temps la prescription « au moins une fois dans l'année » de chaque catégorie de psychotrope, dans un second temps évaluer la durée de prescription des psychotropes en référence aux recommandations de l'HAS, et dans un troisième temps d'évaluer la prescription en fonction de la demi-vie des benzodiazépines. Tous ces résultats sont ensuite comparés à ceux des autres EHPAD de même catégorie de la région et de la France.

- Notre objectif était d'évaluer l'évolution des prescriptions sur l'année en faisant le comparatif entre les mois de janvier, de juin et de décembre.

Par ailleurs, la population prise en compte par la CPAM est là aussi différente de notre population incluse et du fait de l'effectif restreint les écarts observés dans les calculs de pourcentages sont plus marqués.

Enfin, nous devons souligner que, les résultats de la CPAM ne concernent que des calculs de pourcentages de résidents ou de pourcentages de prescription des différentes classes de psychotropes. Il n'apparaît donc pas les éventuelles modifications de posologies, les éventuelles tentatives d'introduction ou d'arrêt de médicaments.
Alors que dans notre étude, en plus de l'approche « quantitative », nous avons également une vision globale des prescriptions (tableau 2) , faisant apparaître toutes les modifications de posologie ,les tentatives d'introduction ou d'arrêt. Ceci est tout aussi important puisqu'en plus « du nombre de médicaments ou de patients » nous soulignons les tentatives de changements qui sont le témoin d'une démarche de réflexion vis à vis des prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes.

Notre objectif n'était donc pas de réaliser des calculs de significativité, mais bien de montrer un éventuel changement à la fois sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif dans l'évolution des prescriptions.

Si l'on compare nos données à la littérature :

L'étude PLEIAD menée par Y. Rolland (48), enquête transversale rétrospective auprès de 300 EHPAD privés de 50 lits ou plus, en France et incluant 2231 résidents, retrouve une forte consommation de psychotropes : en effet **70% des résidents avaient au moins une prescription de psychotropes dont un neuroleptique pour 19,1% des patients.** Parmi les 2231 résidents, **45% sont diagnostiqués déments, et un patient sur 2 environ (54%) est traité par antidémentiel**. Les psychotropes et en particulier les neuroleptiques, sont significativement plus prescrits chez les patients déments que non déments avec respectivement 76,2% contre 64,3% et 28% contre 11,8%).

Une seconde étude française menée dans le Nord pas de Calais (49), par interrogation des bases de données de remboursement de l'Assurance maladie avec plus de 200 000 patients ont inclus dont 9320 résidents d'EHPAD. Cette étude a porté sur l'exhaustivité des prescriptions médicamenteuses établies au cours du 1er trimestre 2012 ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, en ville mais également en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur. Là encore, **la prescription des psychotropes reste trop fréquente : 72,3% des patients en EHPAD ont eu au moins une prescription de psychotrope au cours du 1er trimestre 2012, et 37,5% des patients en ont eu au moins 2 ou plus L'exposition aux neuroleptiques concerne 14,3% des patients en EHPAD, mais 20,3% des patients sous traitement antidémentiel ont également une prescription de neuroleptique associée**.

Les résultats de notre étude retrouvent également une consommation importante de psychotrope, mais plus élevée que dans les 2 études sus-citées, avec environ **85% des patients ayant une prescription d'au moins un psychotrope**. Cette différence de résultat peut s'expliquer par la part importante des patients de l'EHPAD ayant des antécédents psychiatriques (environ 90% des patients).

Nos résultats concernant la prescription des neuroleptiques sont comparables à ces 2 études (entre 25% et 15,7% au cours de l'année 2013 dans notre étude) ainsi que la part des patients ayant au moins 2 psychotropes différents prescrits (entre 30,4% et 36,8% dans notre étude).

Enfin, **la part de patients déments dans notre étude est identique à celle de l'étude PLEIAD** avec environ un patient sur 2 atteint de maladie Alzheimer ou apparentée. Néanmoins, **nous retrouvons seulement 27,3% des patients déments en janvier et 10% des patients déments en décembre sous traitement antidémentiel, ce qui est beaucoup plus faible que dans l'étude PLEIAD (54% des patients déments).**
Cette différence de résultat peut s'expliquer par notre effectif très restreint entraînant rapidement des écarts de pourcentages importants.
De plus, il est probable que dans notre population démente, la maladie d'Alzheimer ou apparentée ait été diagnostiquée depuis de nombreuses années, raison pour laquelle le traitement anti-démentiel a pu être arrêtée après de nombreuses années d'évolution.

Concernant les benzodiazépines à demi-vie longue, nous devons rappeler qu'elles sont considérées comme inappropriées chez les sujets âgés du fait d'un sur-risque iatrogénique (8). Elles sont définies par une demi-vie supérieure à 20h (liste non exhaustive en annexe 9).
Selon l'HAS, le traitement par benzodiazépine anxiolytique dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes ne doit pas dépasser 12 semaines sans qu'une réévaluation n'ait été faite. Le traitement par benzodiazépine hypnotique ne doit pas dépasser 4 semaines sans réévaluation. Les benzodiazépines à demi-vie courte doivent être privilégiées (50).

Dans une étude menée en Provence Alpes Côte d'Azur sur les patients âgés de plus de 70 ans (51), à partir des données de la base de remboursement de l'Assurance maladie et incluant plus de 500 000 patients, **14,9% des patients ont au moins une prescription de benzodiazépines à demi-vie longue en un an**.

Dans l'étude menée par Beuscart (49), **49,6% des patients ont eu une prescription d'au moins une benzodiazépine au cours du 1er trimestre 2012, et 8,3% une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue.**

Notre proportion de patients sous benzodiazépines à demi vie longue est beaucoup plus importante mais ce que nous devons souligner est la diminution de leur prescription au cours de l'année passant de 75% en janvier et juin à 40% en décembre, mais là encore notre effectif est extrêmement restreint puisque seulement 4 patients en janvier et juin et 5 patients en décembre de notre étude ont une benzodiazépine anxiolytique.
Aucun patient de notre étude n'est sous benzodiazépines hypnotiques à demi-vie longue.

IV – 3.5. Etude du lien entre les chutes et la consommation des psychotropes

Selon l'OMS, on entend par chute un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. (52)
La chute est un motif fréquent d'entrée en EHPAD (53).
Elle est aussi l'événement indésirable le plus souvent rapporté dans ces institutions. Le risque de chute augmente avec l'âge et est plus élevé chez les femmes.
En EHPAD, les chutes sont encore plus fréquentes qu'à domicile.
L'incidence moyenne est évaluée à 1,7 chute par lit et par an pour les résidents en EHPAD alors qu'elle n'est que de 0,65 pour les personnes âgées vivant à domicile. (54)

IV – 3.5.1. Facteurs de risques des chutes

Il est très difficile d'établir un lien de causalité entre tel ou tel facteur de risque et la survenue d'une chute. En effet, la chute est rarement dûe à une seule étiologie mais résulte plutôt de l'association de facteurs de risques intrinsèques ou prédisposants modifiables ou non, et de facteurs de risques précipitants occasionnels ou liés à l'environnement.
Selon l'HAS (55), les principaux facteurs intrinsèques de chutes sont l'âge élevé supérieur à 80 ans, l'antécédent de chute, la mobilité réduite, les pathologies spécifiques telles que démence, maladie de Parkinson, incontinence urinaire, les troubles locomoteurs et neuro-musculaires, l'hypotension orthostatique, la réduction de l'acuité visuelle et enfin la prise de médicaments comme les psychotropes ou la polymédication (supérieure à 4 médicaments). Parmi les facteurs extrinsèques on retrouve l'habitat mal adapté (tapis, escaliers…), la marche avec un instrument d'aide (canne..), la malnutrition, la sédentarité…

Dans notre étude :

Nous retrouvons en effet de nombreux facteurs de risque. En effet, parmi les patients chuteurs nous retrouvons :

- **90% de femmes au 1er semestre et 100% de femmes au 2e semestre.** Ceci est néanmoins très élevé dans notre étude du fait de notre population constituée à l'origine de 90% de femmes.

- Tous nos patients chuteurs du 1er et 2e semestre ont un **âge supérieur à 80 ans** : l'âge moyen au 1er semestre est de 89,5 ans et 89,6 ans au 2e semestre

- **La moitié des patients chuteurs du 1er semestre (soit 5 patients sur 10) ont également chuté au 2e semestre.** Les 2 patients les plus gros chuteurs du 1er et 2e semestre sont responsables à eux seuls de presque la moitié des chutes.

- **Le niveau de dépendance des patients chuteurs est élevé** puisque environ la moitié (50% au 1er semestre et 54,5% au 2e semestre) sont classifiés GIR 2. Ceci suppose chez ces patients la nécessité d'aides pour les transfert, les probables troubles locomoteurs, faiblesse musculaire.

- 90% des patients chuteurs du 1er semestre ont des antécédents psychiatriques (démence, syndrome dépressif, trouble bipolaire) et 91% au

2e semestre ; de façon plus spécifique, **30% des chuteurs du 1er semestre sont déments, 45,45% au 2e semestre.**

- **La polymédication est majeure chez nos patients chuteurs**, en effet au 1er semestre 90% des chuteurs ont au moins 5 médicaments (toutes classes confondues) prescrits et 40% en ont au moins 9. Au 2e semestre, 72,7% des chuteurs ont au moins 5 médicaments prescrits et 36,4% en ont au moins 9.

- Concernant la prescription des psychotropes en particulier, **au 1er semestre, 90% des chuteurs ont au moins un psychotrope prescrit et 30% en ont au moins 3. Au 2e semestre, 82% des chuteurs ont au moins un psychotrope prescrit et 36,3% en ont au moins 3.**

Si l'on compare nos données à la littérature :

Une première étude menée par Rubinstein (56) retrouve comme principaux facteurs précipitants **les troubles de l'équilibre, la faiblesse musculaire, la confusion, la baisse de l'acuité visuelle, l'hypotension orthostatique**. Les principaux facteurs de risque de chutes et blessures comportent également les **troubles de la marche, la déficience cognitive, la prise de médicaments psychotropes.**

Une seconde étude observationnelle prospective allemande menée entre 1998 et 1999 (57) retrouve comme facteurs précipitants de chutes, **les pertes de la mémoire courte, l'aide au transfert, l'incontinence urinaire, l'antécédent de chute, les symptômes dépressifs**.

Une étude observationnelle rétrospective menée par Cox aux Pays Bas (58), retrouve que **la prescription de psychotropes (de façon régulière) est associée à une augmentation de presque 3 fois de l'incidence des chutes.** Cette augmentation de l'incidence a été principalement retrouvée en association à la prescription des neuroleptiques et des antidépresseurs.

Enfin, selon une revue de la littérature (54), **les résidents prenant 4 médicaments ou plus ont un risque significativement plus élevé de chuter.** De façon plus spécifique, les classes pharmacologiques de médicaments augmentant l'incidence des chutes en EHPAD incluent notamment les **psychotropes.**

Ces résultats sont comparables à ceux de notre étude puisque nous retrouvons la grande majorité de ces facteurs de risque chez nos patients chuteurs.
En particulier, la polymédication et même la polymédication excessive sont importantes chez nos patients chuteurs
Nous n'avons par contre pas pu évaluer des facteurs de risque tels que l'hypotension orthostatique ou la baisse de l'acuité visuelle car ces données n'étaient pas nécessairement mentionnées dans les dossiers médicaux des patients.

Enfin, le fait que **certains résidents représentent une grande partie du nombre de chutes soulève le problème des chutes à répétition** (plus de 2 au cours des 12 derniers mois). En 2009, des recommandations ont été élaborées par l'HAS afin de

diminuer la fréquence des chutes en identifiant les facteurs de risques et en développant des programmes de prévention (59) .
La principale méthode pour diminuer le risque de chute est la kinésithérapie (exercices d'équilibre, renforcement musculaire, aide à la marche…).

IV – 3.5.2. Conséquences des chutes

La chute chez la personne âgée est souvent grave, pouvant avoir des conséquences traumatiques, psychologiques, sociales et altérer l'indépendance et la qualité de vie des patients. **La chute est la première cause de mortalité accidentelle chez la personne âgée avec près de 9000 décès chaque année en France** (60).

Dans notre étude :

Sur l'année 2013, nous dénombrons 34 chutes concernant nos patients inclus. **Environ 65% des résidents ont chuté au cours de cette année là. Ceci est conforme à la littérature**, en effet : une étude descriptive menée dans un EHPAD toulousain entre 2009 et 2011 (61) retrouve environ 60% des résidents chuteurs et une revue de la littérature menée en 1994 (54) retrouvait 75% des résidents chuteurs.

Sur les 16 chutes survenues au cours du 1er semestre, 4 chutes ont eu des conséquences traumatiques (hématomes, plaies, suspicion de fracture de côtes) dont une chute à l'origine d'une hospitalisation pour plaie du front suturée**.**

Sur les 18 chutes survenues au cours du 2e semestre, 4 chutes ont eu des conséquences traumatiques (plaies, fractures de doigt, de nez avec déviation de la cloison) dont 2 chutes entrainant une hospitalisation. On note également qu'une 5e chute a été à l'origine d'une hospitalisation pour syndrome de glissement.

De ce fait, nous pouvons conclure que :
Au 1er semestre : 75% des chutes n'ont eu aucune conséquence, 25 % des chutes ont eu pour conséquence des plaies ou hématomes (4 chutes) et une chute a entraîné une suspicion de fracture de côte (soit 6,25%)
Au 2e semestre : 72% des chutes n'ont eu aucune conséquence, 22,2% des chutes ont entraîné des plaies ou hématomes (4 chutes) 11,1% des chutes ont entraîné des fractures (2 chutes) et une chute a eu pour conséquence un syndrome de glissement menant à une hospitalisation.

Tous ces résultats sont concordants avec la littérature :
Selon la revue de littérature menée par Rubinstein en 1994 (54), seulement 4% environ des chutes sont à l'origine de fractures et seulement 11% des chutes (de 1% à 36%) se compliquent de blessures graves tels que lésions des tissus mous, traumas craniens**.**

Selon l'étude de Bismuth (61), menée entre 2009 et 2011, étude observationnelle descriptive transversale incluant 60 résidents, on retrouve entre 33,3 et 54,3% des chutes sans conséquence environ 30% de chutes entraînant plaie ou hématome qui sont dans la majorité des cas situés au visage ou membres supérieurs comme c'est le cas dans notre étude.

Si l'on compare nos autres résultats à la littérature :

Parmi les conséquences traumatiques, la fracture et en particulier **la fracture de hanche après une chute est particulièrement fréquente en EHPAD.**

En effet, selon une étude de cohorte rétrospective menée en Allemagne (62), les fractures de hanche ont une incidence élevée en EHPAD et notamment dans les premiers mois après l'arrivée en EHPAD et est à l'origine d'une mortalité élevée.

Selon une deuxième étude allemande menée par Rapp entre 2001 et 2006 (63) **le risque de fracture, quel que soit le type de fracture, associé au risque de chute, est maximal dans les jours, semaines voire premiers mois d'entrée en EHPAD.**

Dans notre étude, nous avons noté que sur les 34 chutes de l'année 2013, 3 chutes ont été responsables de fractures (une fracture de doigt, une fracture de nez avec déviation de la cloison, une suspicion de fracture de côtes). **Nous n'avons observé aucune fracture de hanche même si notre effectif est restreint** (seulement 15 patients chuteurs au cours de l'année). En revanche, nous pouvons noter que **2 chutes sur les 16 du 1er semestre, sont survenues 10 à 15 jours après l'arrivée ou le retour en EHPAD ce qui concorde avec résultats de l'étude de Rapp** (63). Ceci est probablement expliqué par le changement de lieu de vie, la perte de repères habituels.

Outre les conséquences traumatiques, la chute peut être à l'origine d'autres complications : temps passé au sol prolongé, peur de chuter à nouveau, syndrome de glissement, diminution de l'autonomie.

En effet, selon une étude américaine (64) **un tiers des patients développent la peur de chuter à nouveau après un premier incident de chute, c'est à dire le syndrome post-chute.**

Enfin, les chutes ont aussi pour conséquence indirecte l'augmentation de la charge de travail des soignants (renforcement de la vigilance vis à vis des chuteurs, multiplications des actes de la vie quotidienne pour palier à la diminution de l'autonomie, augmentation des actes de soins de plaies), **et représentent un coût économique important (65).**

IV – 4. Approche qualitative de l'étude

La prescription médicamenteuse en France est un enjeu de santé publique. Selon une étude publiée en 2007, la France est le plus gros consommateur de médicaments au monde. (66).

Devant ce constat, le projet de l'ARS visant à réévaluer la prescription des psychotropes au sein des EHPAD s'inscrit dans une démarche ayant pour objectif de limiter les prescriptions inappropriées.
Ce projet concernait en particulier la prescription des neuroleptiques. En effet, au delà de un mois de traitement par neuroleptique, le médecin prescripteur devait « justifier » de sa

poursuite dans le dossier médical. Cette justification a été à l'origine d'une mauvaise perception par les médecins prescripteurs engendrant le sentiment d'être « contrôlés »

Dans notre étude, nous avons donc souhaité avoir également une approche qualitative sur l'utilisation de cet outil de révision des ordonnances dans l'évolution des prescriptions par le biais de l'interview de l'infirmière présente en 2013 dans l'EHPAD au moment de la mise en place de ce projet de réévaluation par l'ARS.

- importance du dialogue avec l'équipe soignante et rôle du médecin coordonnateur :

Il ressort de cet entretien que **l'outil de révision des ordonnances était globalement mal perçu** par les médecins généralistes de l'EHPAD au tout départ, certains ayant même refusé de participer à cette démarche.
Les principales causes de cette mauvaise perception étaient **la méfiance voire même la peur** d'un contrôle de la part de l'ARS mais aussi la **sensation d'être freiné, empêché d'exercer sa propre médecine.**

Il a donc fallu réexpliquer le but de ce projet en instaurant un **dialogue** entre les médecins généralistes intervenant dans l'EHPAD, le médecin coordonnateur et l'IDE référente. Le principal argument avancé pour renforcer l'adhésion à ce projet était l'intérêt de cette réévaluation dans l'intérêt du patient lui-même afin d'éviter d'éventuelles interactions médicamenteuses ou effets indésirables favorisés par des prescriptions inadaptées.

Cette démarche de dialogue entre soignants souligne **le rôle du médecin coordonnateur** au sein de l'EHPAD. En effet, ce dernier a plusieurs missions et notamment celles d'élaborer avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, de coordonner et évaluer sa mise en œuvre, de veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, de contribuer à l'évaluation de la qualité des soins, et de contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (67)
Ces rôles ne sont pas toujours faciles à assumer du fait du **temps de présence limité du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD** : en effet dans notre EHPAD, le médecin coordonnateur n'est présent que 5h par semaine.

Globalement, après plusieurs démarches d'explications, cet outil de révision a ensuite été bien perçu par l'ensemble des médecins généralistes et la démarche de réévaluation et de limitation des prescriptions est devenue par la suite spontanée.

- la déprescription :

Cette politique de réévaluation régulière des ordonnances soulève donc la problématique de la **déprescription**.
La déprescription est un néologisme qui peut être considéré comme l'arrêt volontaire d'une prescription médicamenteuse ou non (68).

Si la prescription médicamenteuse repose sur une méthodologie bien validée et repose sur des recommandations, il n'en est pas de même pour la déprescription. S'il est reconnu que certaines classes médicamenteuses doivent être poursuivies à vie (antihypertenseurs, antidiabétiques, antiépileptiques …), la question est plus délicate concernant d'autres catégories de médicaments tels que les anti-inflammatoires, les anti-thrombotiques, et les psychotropes.
Les personnes âgées constituent la cible majeure de la déprescription puisqu'il s'agit de la population consommant le plus de médicaments.

La déprescription doit être évoquée lors de réévaluations régulières. Selon Woodward, elle doit se faire en plusieurs étapes (69):

- établir avec le patient ou la famille la liste complète des médicaments prescrits en précisant les indications et la durée du traitement
- évaluer l'observance thérapeutique
- identifier les éventuels effets indésirables
- identifier les médicaments pouvant faire l'objet d'un arrêt, ou remplacés, ou pouvant être diminués de posologie
- établir un planning de déprescription en partenariat avec le patient
- surveiller de façon rapprochée les patients après les déprescriptions

Mais attention, la déprescription inappropriée et brutale peut aussi s'avérer dangereuse. Elle doit donc être réalisée précaution afin d'éviter l'effet **rebond** des symptômes voire l'apparition **d'effets adverses** liés au **sevrage médicamenteux** (70). La surveillance de ces patients est donc primordiale.

Il existe plusieurs raisons pouvant « freiner » le médecin à déprescrire (70) :

- une connaissance insuffisante du malade et de ses traitements en raison de prescripteurs multiples
- déprescrire est plus difficile que ne pas prescrire, qui est plus difficile que prescrire
- le manque de persuasion à l'égard du patient souvent accroché à son traitement et le risque qu'il consulte d'autres médecins
- les conséquences relationnelles : que penseront les autres médecins du patient ?
- la pression exercée par la famille pour le maintien du traitement ou de l'équipe médicale au sein de l'EHPAD
- l'insuffisance de la formation initiale et continue sur l'art de déprescrire

Peu de travaux ont été menés sur la déprescription.

Une étude prospective française (71) a étudié le comportement des médecins généralistes face à la déprescription. Il en ressort que **les psychotropes sont les médicaments ayant suscité le plus grand souhait de déprescription mais paradoxalement était le groupe le moins déprescrit.** De plus, les principaux freins retrouvés à la déprescription étaient le risque de sevrage ou effet rebond, la réticence du patient, le manque de temps, l'obstacle déontologique si l'initiation du traitement a été faite par un confrère, l'insistance de l'entourage (infirmière, famille) pour maintenir le traitement et le risque de rupture de confiance avec le patient.

Une étude canadienne (72) s'est intéressée au palmarès des médicaments à déprescrire en priorité. Il en ressort une liste dans laquelle les benzodiazépines représentent la classe prioritaire à déprescrire (pour 91% du panel) suivies des antipsychotiques atypiques (81%), statines (47%), antidépresseurs tricycliques (45%).
Les psychotropes apparaissent là encore comme la principale classe médicamenteuse devant faire l'objet de déprescription.

Dans notre étude, le plus souvent, outre la déprescription, **était discutée, lors de la réévaluation, la modification des posologies des psychotropes**.
Ces modifications se sont faites avec « prudence » par diminution minime et progressive des posologies et avec surveillance rapprochée des éventuelles conséquences sur le patient. Il a parfois été nécessaire de revenir à la posologie initiale en cas d'échec, mais le plus important est qu'une **réflexion sur la pertinence du traitement** du patient ait été faite.

- les erreurs médicamenteuses :

Actuellement la fourniture des médicaments destinés aux résidents d'EHPAD est autorisée réglementairement par l'intermédiaire d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou par l'intermédiaire d'une pharmacie d'officine si l'EHPAD ne possède pas de PUI ce qui est le cas de notre EHPAD.

Le circuit du médicament en EHPAD se décompose en plusieurs étapes :

- Après **prescription** par le médecin, la **dispensation** des médicaments à l'EHPAD est réalisée par le pharmacien d'officine.

- Ensuite, la **préparation des médicaments** aux résidents de l'EHPAD demande du temps correspondant à la lecture de l'ordonnance et au prélèvement des doses correspondantes dans les conditionnements. Pour faciliter cette gestion, les traitements sont préparés le plus possible à l'avance. En pratique cela se traduit par la **mise en place de piluliers** pour plusieurs jours, acte réalisé par l'IDE. **Le temps passé pour la préparation des doses à administrer en pilulier classique** est égal à 40 heures par mois pour un EHPAD de 90 à 100 résidents **soit 1 heure à 1 heure 30 minutes pour 10 lits pour une semaine (73),** ce qui pour notre EHPAD correspondrait à environ 4h de travail hebdomadaire ce qui représente une charge de travail non négligeable. Nous pouvons donc imaginer **le gain de temps dans cette préparation obtenu par la réduction du nombre de médicaments prescrits**. Ceci est bien confirmé par l'infirmière au cours de notre interview puisqu'elle déclare *« à l'époque où je faisais encore moi même les piluliers à la main, rien que le fait de réévaluer m'a fait gagner une demi-heure par tournée (*soit par semaine) *environ pour les 24 patients qui sont présents en moyenne. Donc ce n'est pas rien en terme de charge de travail ».* Ce temps gagné pouvant donc être mis à profit pour davantage de soins auprès du patient.

- Après la préparation des piluliers, **la distribution et l'administration des médicaments** aux résidents fait aussi partie du rôle de l'IDE tel que défini à l'article R. 4311-5 (74), mais ces tâches sont parfois déléguées aux aides-

soignants. Pour à peine 50% des EHPAD, l'infirmière qui distribue et administre les médicaments valide sa tache au moment de cette action(73). Lorsque l'infirmière délègue en partie la distribution et l'administration, la traçabilité de l'acte ne peut pas être effectuée par elle-même. Elle valide donc l'administration du médicament sur la confiance qu'elle fait à la soignante à qui elle a déléguée sa tâche.

- Enfin, la dernière étape de ce circuit consiste en la **surveillance** des résidents après administration.

Nous pouvons donc supposer qu'au travers de tout ce « circuit », de multiples erreurs médicamenteuses peuvent survenir. Selon l'AFFSAPS, l'erreur médicamenteuse est *l'omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte survenant au cours du processus de soins et impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient (75).*

L'erreur médicamenteuse peut donc survenir à n'importe quel niveau de ce circuit : l'erreur de prescription bien sûr, l'erreur de dispensation qui par exemple a fait l'objet de quelques études, comme l'étude de Bohan qui s'est intéressée aux erreurs de dispensation et à leurs types en milieu hospitalier. Il en ressort que le taux global d'erreur était de 2,5% et que les erreurs les plus fréquentes étaient des erreurs de dosages ou des omissions (76) ; ou encore l'erreur d'administration comme le montre l'étude de Wirtz en s'intéressant particulièrement aux erreurs lors de l'administration de médicaments IV(77).

Nous pouvons donc imaginer que **la réduction du nombre de médicaments prescrits aura pour conséquence la diminution du nombre d'erreurs médicamenteuses potentielles.**

- le coût économique :

Selon une étude menée par Chevalier en 2010 au sein de 21 EHPAD en France, **le coût global par jour et par résident est en moyenne de 4,67 euros** (+/- 0,29). Le coût de traitement chronique représente 4,37 euros (+/- 0,25) par jour et par résident soit 93,6% du coût global. Le traitement de la maladie d'Alzheimer représente un coût de traitement égal à 0,95 euros par jour et par résident soit 20,3% du coût global (78).

Nous pouvons supposer que **par l'amélioration de la qualité des prescriptions des sources d'économie sont donc possibles.**

IV – 5. Utilisation de l'outil de révision des ordonnances et comparaison avec la littérature

De nombreux outils ont été développés depuis 25 ans pour aider les médecins généralistes à optimiser leurs prescriptions.
Les plus répandus sont :

- les critères de Beers (16) : première liste de prescriptions inappropriés publiée en 1991 puis mise à jour en 2003, 2012 et 2015.
- Les critères START (18) et STOPP (19) publiés en 2008
- La liste de Laroche élaborée en 2007 et adaptée à la pratique médicale française (17).

Nous ne détaillerons pas à nouveau ces différentes listes puisque leur description a été faite dans notre partie introduction.

Au niveau national, l'HAS a lancé en 2005 un programme PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) (79). Afin de promouvoir la bonne prescription chez le sujet âgé, l'HAS a mis à disposition des médecins des outils comme un tableau de pathologie à traiter, un tableau de révision des ordonnances (visible en annexe 1), tableau de suivi de traitement...

Plus récemment, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) en association avec le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) ont publié un guide «prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées » (P.A.P.A). Il propose 42 fiches de bonne prescription médicamenteuse adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (domicile, EHPAD...) destiné aux gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD mais aussi pharmaciens.

Dans notre étude :

Nous avons pu montrer que **l'utilisation de l'outil de révision des ordonnances a eu un impact sur la prescription des psychotropes**. En effet, nous avons constaté globalement une **diminution du nombre de médicaments prescrits et une diminution de la polymédication** (entre 5 et 9 médicaments prescrits). Nous avons aussi pu mettre en évidence **une nette diminution de la prescription des neuroleptiques et des médicaments anti-Alzheimer ainsi que des benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue.**
De plus, cet outil a permis un gain de temps de travail non négligeable pour l'IDE responsable de la préparation des piluliers permettant de se consacrer davantage à d'autres soins.

Nous avons donc pu obtenir des résultats intéressants malgré les **quelques limites** observées lors de l'utilisation de cet outil. En effet :

- L'utilisation de cet outil de révision est « freinée » par le **manque de temps des médecins** intervenant au sein de l'EHPAD. De plus, le temps d'intervention du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD reste restreint : il n'est présent que 5h par semaine au sein de la structure.

- De plus, les infirmières sont aussi présentes en effectif limité : en moyenne une et demi par jour, et donc pas toujours disponibles pour cette réévaluation

- Autre limite importante : le fait que **la pharmacie responsable de la délivrance des médicaments au sein de l'EHPAD est une pharmacie libérale.** La pharmacienne n'intervient donc pas dans les prescriptions médicamenteuses faites. Le médecin apparaît donc seul dans sa prescription.

Dans la littérature :

Quelques travaux ont cherché à étudier la révision des ordonnances à l'aide d'un outil de révision :

- Une thèse de médecine générale menée en octobre 2015 (80), étude observationnelle rétrospective, s'est intéressée à l'évaluation d'un nouvel outil structuré de révision des ordonnances des patients âgés : **l'outil DICTIAS – OBCv** , auprès de patients hospitalisés en service de gériatrie. Les principaux résultats retrouvent que **cet outil est efficace dans l'optimisation des prescriptions médicamenteuses avec diminution du nombre de patients présentant au moins une prescription inappropriée, amélioration du nombre de prescriptions correspondant aux critères START et STOPP. Cet outil permet également de diminuer le nombre moyen de prescription par patient.**

- Une autre thèse de médecine générale menée en 2012 (81) avait pour objectif d'évaluer si l'utilisation de **l'outil STOPP** permettait de diminuer les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) selon les recommandations STOPP. Il s'agit d'une étude d'évaluation des pratiques après la mise en place de l'outil STOPP auprès de 20 médecins généralistes installés en Rhône- Alpes. **Il s'agit de la première étude démontrant la diminution des PMI grâce à l'outil STOPP en soins primaires** (diminution de 46,9%).

- Une autre étude française rétrospective (82) a été menée dans la région de Lyon et visait à évaluer les ordonnances d'entrée et de sortie de 50 patients au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R), à l'aide de l'utilisation d'un logiciel informatique Sphinx pour l'analyse des données. Cette étude a montré que l'étude de la variation du nombre de médicaments totaux entre l'entrée et la sortie du patient est significative. Le risque iatrogène intrinsèque au nombre de médicaments a diminué. L'étude de conformité des ordonnances montre une amélioration de celle-ci. En revanche, la seule classe médicamenteuse pour laquelle on a pu constater une augmentation de leur prescription est celle des psychotropes.

- Un essai randomisé contrôlé canadien (83) a démontré une diminution significative du taux d'initiation des PMI grâce à un système informatisé d'aide à la décision.

Ces résultats montrent, comme dans notre étude, que l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances a un impact positif sur la diminution des prescriptions médicamenteuses inappropriées que ce soit en ambulatoire ou milieu hospitalier.

IV – 6. Perspectives

Suite à cette étude, nous pouvons imaginer plusieurs propositions et perspectives d'amélioration dans la prescription des psychotropes.

Tout d'abord, l'amélioration des prescriptions passe par **l'amélioration de l'information** à la fois des médecins mais aussi des patients et de leurs familles, permettant ainsi de les sensibiliser aux risques iatrogéniques liés aux multiplications inappropriées des prescriptions.

L'informatisation des dossiers médicaux et des prescriptions au sein des EHPAD permet de limiter les erreurs de prescriptions et à terme le risque d'accidents iatrogéniques. Elle permet tout d'abord de diminuer les documents en doublons, sources d'erreurs. De plus, elle permet de regrouper l'ensemble des données concernant le patient, des comptes rendus de consultations externes ou d'hospitalisations pouvant être exploitées par le médecin coordonnateur ou tout autre médecin intervenant de façon ponctuelle (remplaçant, SOS médecin par exemple).

La **réévaluation régulière des ordonnances** semble être le point central dans la limitation des prescriptions inappropriées en se posant la question à chaque renouvellement de traitement de la pertinence de chaque médicament prescrit.

L'utilisation d'un outil informatique de révision des ordonnances comme cela a été fait dans notre étude, permet d'avoir une vision globale pour chaque patient des tentatives de modifications thérapeutiques et leurs conséquences éventuelles sur le patient permettant ainsi d'adapter au mieux les posologies ou les éventuels changements thérapeutiques.

Chaque modification thérapeutique doit s'accompagner d'un **renforcement de la surveillance** clinique et paraclinique afin de détecter les éventuels accidents iatrogéniques.

Le temps de la **conciliation médicamenteuse** : A Bordeaux, en 2015, s'est développé le dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) avec pour objectif d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé de 75 ans ou plus. Ce dispositif est porté par l'ARS Aquitaine et la Mairie de Bordeaux. Il vise à accompagner les professionnels de santé en ville, au bénéfice des patients et de leur entourage afin de pérenniser un maintien au domicile de qualité, éviter le recours excessif à l'hospitalisation, faciliter le retour à domicile après hospitalisation et améliorer la prise en charge médicamenteuse en luttant contre la iatrogénie.
Ainsi, une équipe d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle se déplace au domicile de la personne âgée le plus souvent à la demande du médecin traitant, ou via la permanence téléphonique de gériatre. Elle se compose d'un médecin gériatre, d'un pharmacien, d'un psychiatre, d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'un ergothérapeute.
Une des actions essentielles de cette équipe est le temps de la conciliation médicamenteuse effectuée par le pharmacien en vue de prévenir le risque médicamenteux.

Enfin **l'utilisation de listes de médicaments inappropriées** chez le sujet âgé élaborées par différents auteurs (critères de Beers, liste de Laroche…) permettrait aussi d'éviter la prescription de médicaments dont le rapport bénéfice risque est contestable.

Nous pouvons néanmoins souligner que, **pour le succès de cette démarche d'amélioration des prescriptions par l'utilisation d'un outil de révision, il est**

nécessaire que l'ensemble des acteurs de l'équipe médicale et paramédicale adhère à ce projet.

V- Conclusion

La consommation de psychotropes en France est un véritable enjeu de santé publique et plus particulièrement chez le sujet âgé chez qui leur prescription est la plus importante.
De nombreuses études soulignent les mésusages des psychotropes et la nécessité d'actions ciblées, en particulier chez le sujet âgé qui représente la population la plus exposée et pourtant la plus vulnérable.
Les psychotropes sont ainsi à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusion, sédation…), iatrogénie en grande partie évitable puisque nombreux psychotropes prescrits ne sont en réalité pas indiqués.

Partant de ce constat, l'ARS a mis en place en 2013 un projet de sensibilisation à la prescription des psychotropes et en particulier des neuroleptiques par les médecins généralistes en EHPAD, fondé sur la révision des ordonnances.

Nous nous sommes donc intéressés à l'évolution de la prescription des psychotropes au sens large (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et anti-alzheimer) au sein d'un EHPAD et aux éventuelles conséquences de cette évolution sur la iatrogénie.

Pour répondre à ces interrogations, nous avons mené une étude quantitative rétrospective sur l'année 2013 au sein de l'EHPAD de Canéjan.
Nous avons pu mettre en évidence une diminution du nombre total de médicaments prescrits et une diminution de la polymédication (toutes classes médicamenteuses confondues).
Concernant les psychotropes en particulier, nous pouvons souligner une nette diminution de la prescription des neuroleptiques et des médicaments anti Alzheimer au cours de l'année 2013. . En revanche, la prescription des antidépresseurs est globalement stable entre les mois de janvier et décembre 2013. Pour les benzodiazépines anxiolytiques, même si leur prescription est en augmentation au cours de l'année entre les mois de janvier et décembre, nous pouvons souligner une nette diminution de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue. Pour les benzodiazépines hypnotiques, non seulement leur prescription est en diminution entre janvier et décembre mais nous notons également qu'aucun patient de notre étude n'a de benzodiazépine hypnotique à demi-vie longue dans son traitement.
Concernant la iatrogénie, et en particulier les chutes, il est difficile de prouver que les psychotropes sont les seuls responsables. En revanche, nous avons montré que les patients chuteurs, présentaient de nombreux facteurs de risques de chutes notamment la polymédication et plus particulièrement une consommation de psychotropes importante.

De manière globale, nous avons donc pu montrer que l'utilisation de l'outil de révision des ordonnances a eu un impact sur la prescription des psychotropes, tant sur la diminution des prescriptions médicamenteuses que sur la pratique médicale au sens large

(interrogations plus fréquentes sur la pertinence des prescriptions notamment). En pratique son utilisation est simple, favorablement accueillie par les médecins en particulier pour le renouvellement des traitements et a permis de renforcer le dialogue avec l'équipe de soins.

En revanche, nous rappelons que l'objectif de l'étude n'était pas de faire des calculs de significativité mais de montrer une tendance sur l'évolution des prescriptions, notre effectif étant de plus très restreint. Il serait donc intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur, multicentrique, avec un effectif plus large afin d'évaluer la significativité des résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

1. AFFSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006.

2. HAS. Dépression caractérisée chez un sujet âgé. 2014.

3. HAS. Plainte anxieuse chez un sujet âgé. 2014.

4. HAS. Plainte chronique autour du sommeil. 2014.

5. ARS Aquitaine. Programme Gestion du Risque en EHPAD 2013. Neuroleptiques et patients atteints de démence. Prescription dans la Maladie d'Alzheimer. 2013;

6. ARS. Neuroleptiques et iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. 2012.

7. Lövheim H, Sandman P-O, Kallin K, Karlsson S, Gustafson Y. Relationship between antipsychotic drug use and behavioral and psychological symptoms of dementia in old people with cognitive impairment living in geriatric care. Int Psychogeriatr IPA. déc 2006;18(4):713‑26.

8. HAS. Programme AMI-ALZHEIMER. Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer. 2010.

9. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. 2011.

10. HAS. Recommandation de bonne pratique .Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. mai 2009;

11. HAS. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. 2012.

12. INSERM. Consommation en population générale en France [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=9

13. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance. 2012.

14. ANSM. Etat des lieux de la prescription des benzodiazépines en France, rapport d'expertise. 2013.

15. Mesurer pour comprendre. Population totale par sexe et âgé au 1er janvier 2016, France métropolitaine. [Internet]. INSEE. [cité 6 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm

16. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. nov 2015;63(11):2227‑46.

17. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne. juill 2009;30(7):592‑601.

18. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing. nov 2007;36(6):632‑8.

19. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing. nov 2008;37(6):673‑9.

20. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2015;15(90):323‑36.

21. HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Prévention de la iatrogénie. 2012.

22. Bégaud Bernard, Martin Karin, Fourrier Annie, Haramburu Françoise. Does age increase the risk of adverse drug reactions?: Letter to the Editors. Br J Clin Pharmacol. 11 nov 2002;54(5):550‑2.

23. Doucet J, Jego A, Noel D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A, et al. Preventable and Non-Preventable Risk Factors for Adverse Drug Events Related to Hospital Admissions in the Elderly: A Prospective Study. Clin Drug Investig. 2002;22(6):385‑92.

24. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 5 mars 2003;289(9):1107‑16.

25. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, Cayla F, et al. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: research protocol and baseline data of the IQUARE study. J Nutr Health Aging. févr 2013;17(2):173‑8.

26. Douglas IJ, Smeeth L. Exposure to antipsychotics and risk of stroke: self controlled case series study. BMJ. 2008;337:a1227.

27. Schmedt N, Kollhorst B, Enders D, Jobski K, Krappweis J, Garbe E, et al. Comparative risk of death in older adults treated with antipsychotics: A population-based cohort study. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. sept 2016;26(9):1390‑400.

28. Laredo L, Vargas E, Blasco AJ, Aguilar MD, Moreno A, Portolés A. Risk of cerebrovascular accident associated with use of antipsychotics: population-based case-control study. J Am Geriatr Soc. juill 2011;59(7):1182‑7.

29. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, Olfson M, Avorn J, Levin R, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. BMJ. 2012;344:e977.

30. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. janv 1999;47(1):30‑9.

31. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. Arch Intern Med. 23 nov 2009;169(21):1952‑60.

32. Bloch F, Thibaud M, Dugué B, Brèque C, Rigaud A-S, Kemoun G. Psychotropic drugs and falls in the elderly people: updated literature review and meta-analysis. J Aging Health. mars 2011;23(2):329‑46.

33. Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. N Engl J Med. 24 sept 1998;339(13):875‑82.

34. Joo JH, Lenze EJ, Mulsant BH, Begley AE, Weber EM, Stack JA, et al. Risk factors for falls during treatment of late-life depression. J Clin Psychiatry. oct 2002;63(10):936‑41.

35. Hubbard R, Farrington P, Smith C, Smeeth L, Tattersfield A. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. Am J Epidemiol. 1 juill 2003;158(1):77‑84.

36. Sterke CS, Ziere G, van Beeck EF, Looman CWN, van der Cammen TJM. Dose-response relationship between selective serotonin re-uptake inhibitors and injurious falls: a study in nursing home residents with dementia. Br J Clin Pharmacol. mai 2012;73(5):812‑20.

37. Allain H, Bentué-Ferrer D, Tarral A, Gandon J-M. Effects on postural oscillation and memory functions of a single dose of zolpidem 5 mg, zopiclone 3.75 mg and lormetazepam 1 mg in elderly healthy subjects. A randomized, cross-over, double-blind study versus placebo. Eur J Clin Pharmacol. juill 2003;59(3):179‑88.

38. Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Zolpidem use and hip fractures in older people. J Am Geriatr Soc. déc 2001;49(12):1685‑90.

39. Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. Eur J Clin Pharmacol. juill 2014;70(7):873‑80.

40. Berry SD, Lee Y, Cai S, Dore DD. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. JAMA Intern Med. 13 mai 2013;173(9):754‑61.

41. Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. Drugs Aging. 2005;22(9):749‑65.

42. Sterke CS, van Beeck EF, van der Velde N, Ziere G, Petrovic M, Looman CWN, et al. New insights: dose-response relationship between psychotropic drugs and falls: a study in nursing home residents with dementia. J Clin Pharmacol. juin 2012;52(6):947‑55.

43. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2012;67(6):698‑704.

44. Fauvelle F, Kabirian F, Bernard A, Bonnet-Zamponi D, Esposito-Farèse M, Tubach F, et al. Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées en EHPAD : une étude transversale multicentrique. Thérapie. sept 2014;69(5):419‑26.

45. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. déc 2007;5(4):345‑51.

46. Grimmsmann T, Himmel W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. Pharmacoepidemiol Drug Saf. déc 2009;18(12):1206‑13.

47. Dörks M, Herget-Rosenthal S, Schmiemann G, Hoffmann F. Polypharmacy and Renal Failure in Nursing Home Residents: Results of the Inappropriate Medication in Patients with Renal Insufficiency in Nursing Homes (IMREN) Study. Drugs Aging. janv 2016;33(1):45‑51.

48. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. mai 2012;13(4):407.e7-12.

49. Beuscart J-B, Dupont C, Defebvre M-M, Puisieux F. Potentially inappropriate medications (PIMs) and anticholinergic levels in the elderly: a population based study in a French region. Arch Gerontol Geriatr. déc 2014;59(3):630‑5.

50. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. HAS; 2007.

51. Jardin M, Bocquier A, Cortaredona S, Nauleau S, Millon C, Savard-Chambard S, et al. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. avr 2012;60(2):121‑30.

52. OMS. Les chutes [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/

53. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. N Engl J Med. 30 oct 1997;337(18):1279‑84.

54. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. Ann Intern Med. 15 sept 1994;121(6):442‑51.

55. HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. 2005.

56. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing. sept 2006;35 Suppl 2:ii37-ii41.

57. Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. Am J Epidemiol. 1 oct 2003;158(7):645‑53.

58. Cox CA, van Jaarsveld HJ, Houterman S, van der Stegen JCGH, Wasylewicz ATM, Grouls RJE, et al. Psychotropic Drug Prescription and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 16 sept 2016;

59. HAS. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009.

60. Labseur I, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. Bull Epidemiol Hebd 2010. 8:65‑72.

61. Bismuth S, Dupouy J, Kettani A. Chutes accidentelles chez la personne âgée. Etude descriptive dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) toulousain de 2009 à 2011. Rev Etudiants En Soins Prim Cherch Toulous. mars 2013;(3):14‑8.

62. Rapp K, Becker C, Lamb SE, Icks A, Klenk J. Hip fractures in institutionalized elderly people: incidence rates and excess mortality. J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res. nov 2008;23(11):1825‑31.

63. Rapp K, Lamb SE, Klenk J, Kleiner A, Heinrich S, König H-H, et al. Fractures after nursing home admission: incidence and potential consequences. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. oct 2009;20(10):1775‑83.

64. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. Age Ageing. mai 1997;26(3):189‑93.

65. Burns ER, Stevens JA, Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults - United States. J Safety Res. sept 2016;58:99‑103.

66. Le Pen C, Lemasson H, Rouillère-Lelidec C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens: une réévaluation. Paris: Les Entreprises du Médicament. 2007;

67. Stillmunkés A. Le médecin coordonnateur en EHPAD [Internet]. 2015 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/geriatrie/2015/le%20medecin%20coordonnateur_27_fevrier%202015.pdf

68. Queneau P. [Treatment is also a science and the art of « de-prescribing »]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 22 mai 2004;33(9 Pt 1):583‑5.

69. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J Pharm Pr Res. 2003;33:323‑8.

70. Queneau P, Doucet J, Paille F. [When « deprescribing » drugs can improve the elderly patient's health]. Bull Académie Natl Médecine. févr 2007;191(2):271-282-285.

71. Goujon Emilie. Etude prospective sur les déterminants de la Déprescription des médicaments en Médecine Générale [Thèse de médecine]. Faculté mixte de médecine et

de pharmacie de Rouen; 2011.

72. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. PloS One. 2015;10(4):e0122246.

73. Vétel Jean-Marie, Blochet Caroline, Robert Christine. Le Circuit de Distribution des Médicaments en EHPAD « Afin que le bon médicament arrive à la bonne dose dans la bonne bouche ». Rev Gériatrie. sept 2012;Tome 37(Numéro Spécial).

74. Article R. 4311-5 du Code de la santé publique.

75. AFFSSAPS. Glossaire des vigilances [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: http://www.afssaps.fr/content/download/33606/440491/version/1/file/Glossaire-vigilances-mai-2011.pdf.

76. Bohand X, Simon L, Perrier E, Mullot H, Lefeuvre L, Plotton C. Frequency, types, and potential clinical significance of medication-dispensing errors. Clin São Paulo Braz. 2009;64(1):11‑6.

77. Wirtz V, Taxis K, Barber ND. An observational study of intravenous medication errors in the United Kingdom and in Germany. Pharm World Sci PWS. juin 2003;25(3):104‑11.

78. Blochet Caroline. Analyse des médicaments distribués en EHPAD: Evaluation des sources d'économies possibles au sein de 21 établissements en expérimentation. 8èmes Assises Natl Médecin Coordonnateur En EHPAD. :8 et 9 nov.2010.

79. HAS. Prescription médicamenteuse chez le Sujet Agé. Programme pilote 2006-2013. [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013

80. Marronat Florian. Evaluation d'un nouvel outil structuré de révision d'ordonnance des patients âgés: DICTIAS - OBCv [Thèse de Médecine]. Faculté de Médecine Paris Diderot - Paris 7; 2015.

81. Charvet Cabaret Maud. Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires: impact de l'utilisation de l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées [Thèse de Médecine]. [Faculté de médecine de Grenoble]; 2012.

82. Bailly Aurélie. Limiter la iatrogénie en gériatrie: étude comparative de 50 ordonnances d'entrée-sortie d'un SSR gériatrique. [Thèse de Médecine]. [Faculté de médecine de Lyon Sud. Université Claude Bernard Lyon I]; 2015.

83. Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jacques A, Roy D, Hanley J, et al. The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making

support in reducing inappropriate prescribing in primary care. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 16 sept 2003;169(6):549‑56.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Révision d'une ordonnance



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Révision d'une ordonnance

NOM		**Date de révision**	
PRENOM			
Date de naissance		**Médecin**	

ORDONNANCE EN COURS	**INDICATION ?** (pathologie présente, service médical rendu +)	**PAS de CI ?** (comorbidités, fonction rénale, interactions)	**POSOLOGIE optimale ?**	**GALENIQUE (et packaging) adaptés ?**	**A POURSUIVRE ?** oui / non
..					
..					
..					
..					
..					
.. ..					

ANNEXE 2 : Outil de révision des ordonnances juin 2013

REVISION ORDONNANCE 2013

Résidents	Né(e) le	Entrée le	Médecin	Ch	Médicament	Actions	Dosage	GIR	Remarque
AR. LU.	24/10/1927	18/08/2005	DR T	16	non			1	
BA. E.	07/06/1922	02/04/2013	DR F						
BAR. RE.	26/09/1918	03/10/2006	DR C	8P	PREVISCAN	ARRET EN COURS	Remplacé par Pradaxa	2	Bénéfice - risque
BAS. R.	18/02/1932	01/09/2009	DR C	15	Bipéridys		Arrêté le 24/01/2013	2	Simplification
BIL. MAR.	07/11/1918	01/07/2008	DR T	1P	non			3	
BO. JAN.	14/05/1933	21/06/2010	DR C	6	Tardyferon		Arrêté le 17/01/2013	1	Réévaluation bilan sanguin
CAP. MA.	26/07/1918	25/03/2013	DR H						
CAR. DEN.	04/04/1926	15/03/2004	DR R	4	ZOLPIDEM	Essai de réduction de moitié	Réussi le 27/02/2013	2	Arrêt doliprane
~~FLO. OD.~~	22/04/1921	21/06/2011	DR B	13	LEXOMIL	Essai de réduction de moitié		6	
DUR. YVO.	08/08/1923	25/05/2013	DR C						
FRA. Cl.	08/03/1926	17/08/2007	DR F	18	ATARAX	Diminution en cours progressive	De 6/j à 4/j	2	Crise d'angoisse
GAG. PRI.	24/11/1915	27/10/2009	DR H	2	ZOLPIDEM	Essai de réduction de moitié		2	Difficultés
GOM. JEA.	29/06/1931	01/02/2011	DR C	9	Hospitalisation	Réduction du traitement		2	
GON. JEA.	13/11/1936	14/04/2009	DR G	16F	Soins Palliatif	Réduction du traitement par l'EMSP		1	
HER. GIL.	14/09/1928	02/11/2011	DR C	17	LAMALINE	Essai de réduction de moitié		5	Echec
LAM. PAU.	11/09/1918	01/12/2008	DR C	11	ATARAX STRESAM	Essai de réduction de moitié	Pas possible	5	Réévaluation du traitement par l'hôpital
LAR. ROL.	09/08/1929	16/11/2005	DR C	20	NON			2	
MOR. ANT.	15/12/1912	10/03/2005	DR C	12	Lexomil Citalopram	Essai de réduction de moitié	Echec	4	Hospitalisation et réduction du traitement

REVISION ORDONNANCE 2013

MUN. HUG	27/08/ 1930	15/03/ 2011	DR L	8F	XANAX	Essai de réduction de moitié	Réussie Le 13/04/ 2013	1	
PIN. GEO.	28/06/ 1923	03/04/ 2000	DR C	1F	oui	Par hospitalisation	Allopurinol celebrex	2	
SAB. ADO.	13/04/ 1926	03/08/ 2010	DR C	10F	Cordarone	Suite à contrôle Pace Maker	Arrêt	2	
SAM. ROB.	10/09/ 1916	14/02/ 2011	DR C	14	Théralène	Hospitalisation	Arrêt	5	
SUA. SIM.	07/03/ 1929	22/11/ 2012	DR C	6	NON	Mise sous Haldol		3	
~~VED. MAR.~~	24/11/ 1924	13/02/ 2007	DR H	2	ZOLPIDEM	ESSAI REDUCTION		1	
~~VEN. GEO.~~	20/02/ 1933	05/12/ 2012	DR L	N/A	RISPERDAL IMOVANE	REVOIR ORDONNANCE		2	
VIG. OD.	15/06/ 1930	21/06/ 2002	DR L	5	NON			3	Traitement inchangé
Résidents	**Né(e) le**	**Entrée le**	**Médecin**	**Ch**	**Médicament**	**Actions**	**Dosage**	**GIR**	**Remarque**

REVISION ORDONNANCE 2013

ANNEXE 3 : Outil de révision des ordonnances décembre 2013

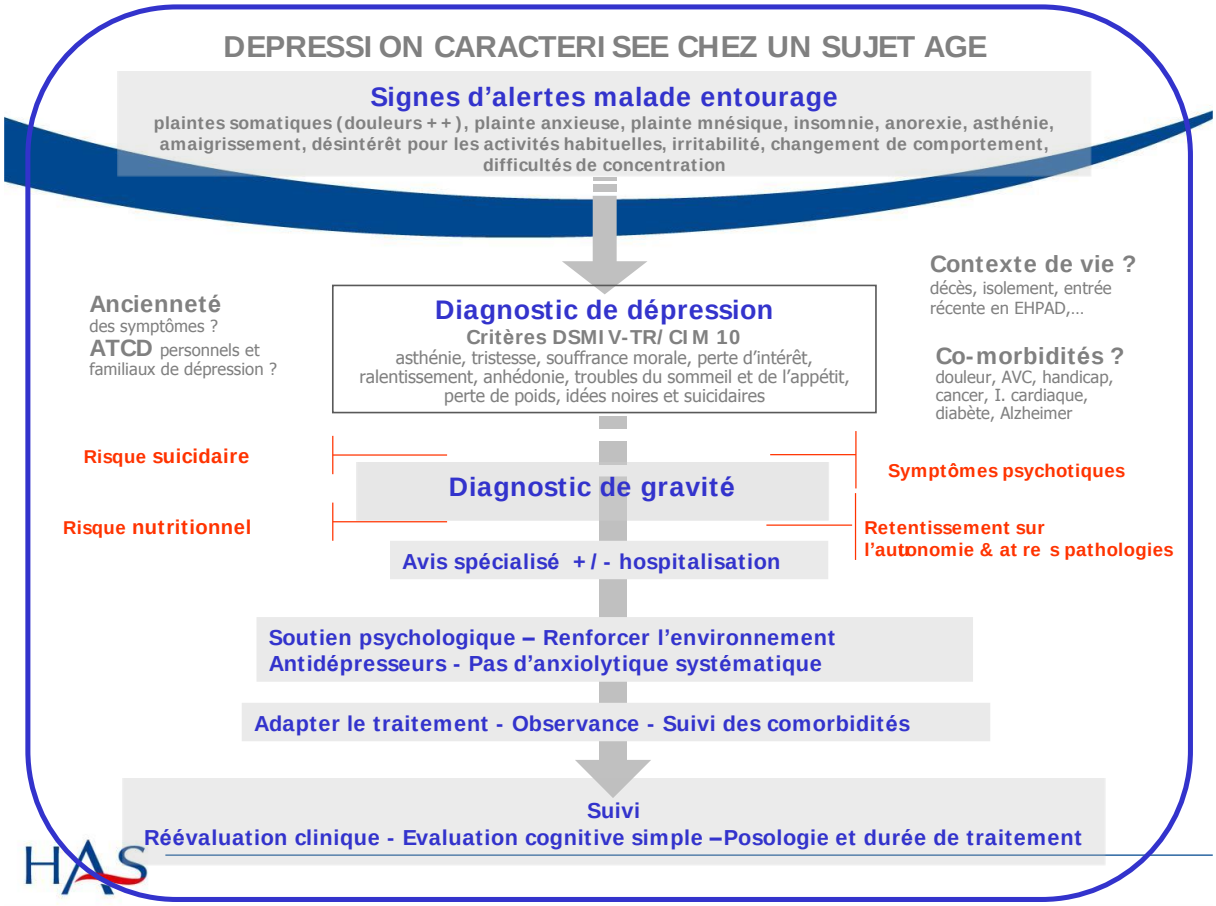
REVISION ORDONNANCE 2014

Résidents	Né(e) le	Entrée le	Médecin	Ch	Médicament	Dosage	Actions	GIR	
A. L	24/10/1927	18/08/2005		16	CETORNAN UVEDOSE		ARRET	1	
B. E	07/06/1922	02/04/2013			RAS				
B. R	26/09/1918	03/10/2006		8P	BI PERIDYS CITALOPRAM	ARRET COMPLET	ARRET COMPLET	2	
B. R	18/02/1932	01/09/2009		15	RAS			2	
B. S	19/12/1921	10/10/2013			PETIT TRAITEMENT				
B. M	07/11/1918	01/07/2008		1P	RAS		PAS DE CHANGEMENT	3	
B. J	14/05/1933	21/06/2010		6	DIFFUK GLUCOPHAGE KARDIGIC		ARRET COMPLET	1	
C. M	26/07/1918	25/03/2013			PETIT TRAITEMENT RAS				
C. D	04/04/1926	15/03/2004		4	ZOLPIDEM	ESSAI REDUCTION DE MOITIE PENDANT 6 MOIS	PAS POSSIBLE	2	
D. C	05/02/1928	22/02/2014		13				6	
D. O	14/11/1930	12/11/2013			ELLE EST PARTIE CHEZ SA FILLE				
D. Y	08/08/1923	25/05/2013			XANAX SRTESAM SEROPLEX RISPERDAL		ARRET ARRET EN PLUS EN PLUS		
F. C	08/03/1926	17/08/2007		18	ATARAX THERALENE VASTAREL	DIMINUTION ENCOURS	ECHEC TOTAL EN COURS ARRET	2	

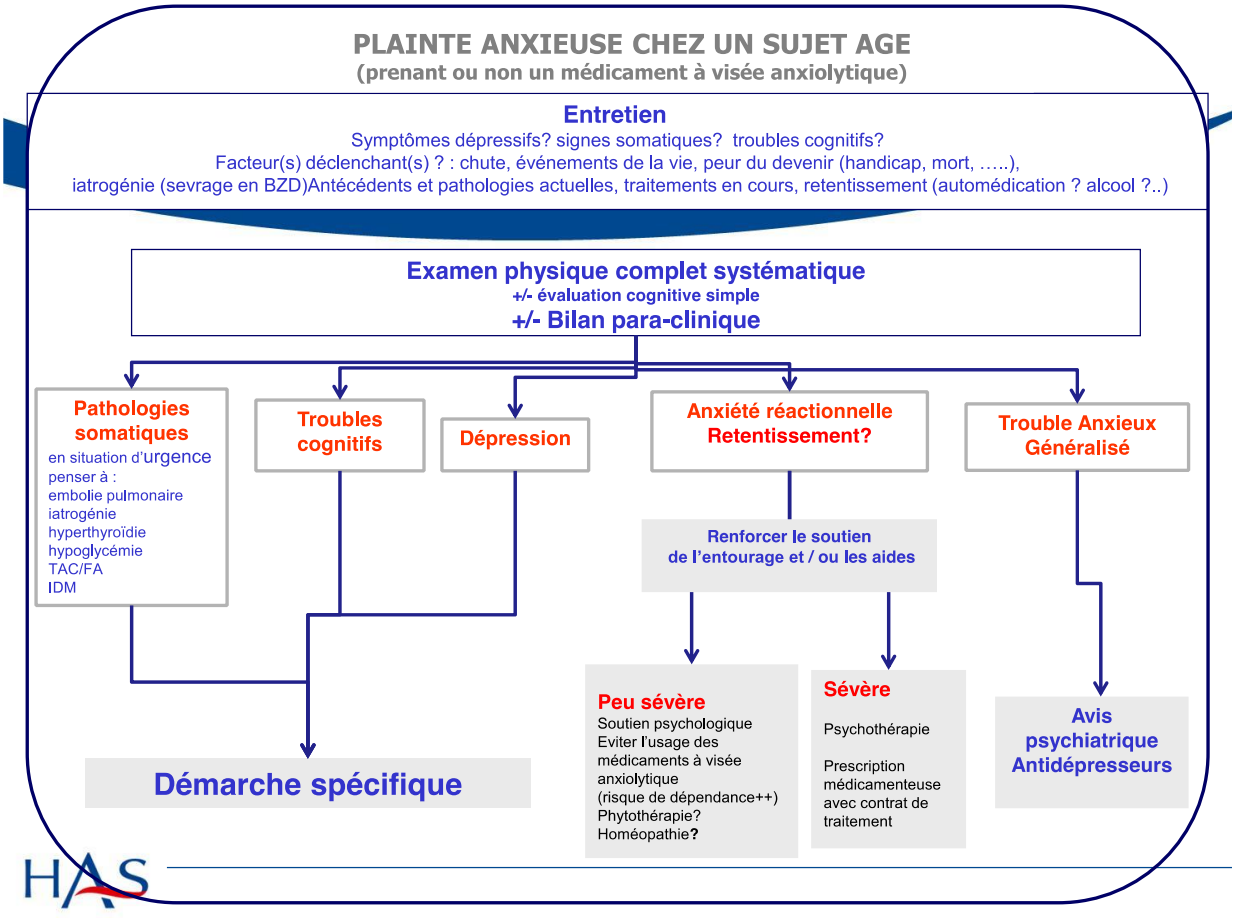
REVISION ORDONNANCE 2014

G. J	29/06 /1931	01/02/ 2011		9	RAS NON			2	
G. C	18/12 /1939	07/11/ 2013		16F	RISPERDAL SEROPLEX		EN PLUS	1	
L. J	20/05 /1927	09/07/ 2013		17	POLYMEDICA MENTATION ARICEPT		EN PLUS ARRET	5	
L. P	11/09 /1918	01/12/ 2008		11	ATARAX STRESAM AMIODARONE	PAS POSSIBLE PAS POSSIBLE	ESSAI REDUCTI ARRET	5	
L. M R	09/08 /1929	16/11/ 2005		20	NON RAS			2	
P. G	28/06 /1923	03/04/ 2000		1F	RISPERDAL LISINOPRIL ESIDREX CELEBREX		ARRET ARRET ARRET ARRET	2	
S. A	13/04 /1926	03/08/ 2010		10F	AMIODARONE		ARRET	2	
S. R	10/09 /1916	14/02/ 2011		14	PRADAXA ALDACTONE CORDDARONE DIFFFUK INEXIUM PROCORALAM THERALENE		ARRET ARRET ARRET ARRET ARRET ARRET ARRET	5	
S. R	06/01 /1922	16/01/ 2014							
S. S	07/03 /1929	22/11/ 2012		6	PETIT TRATEMENT			3	
V. O.	15/06 /1930	21/06/ 2002		5	NON RAS 0			3	
Résidents	**Né(e) le**	**Entrée le**	**Médecin**	**Ch**	**Médi cament**	**Dosage**	**Actions**	**GIR**	

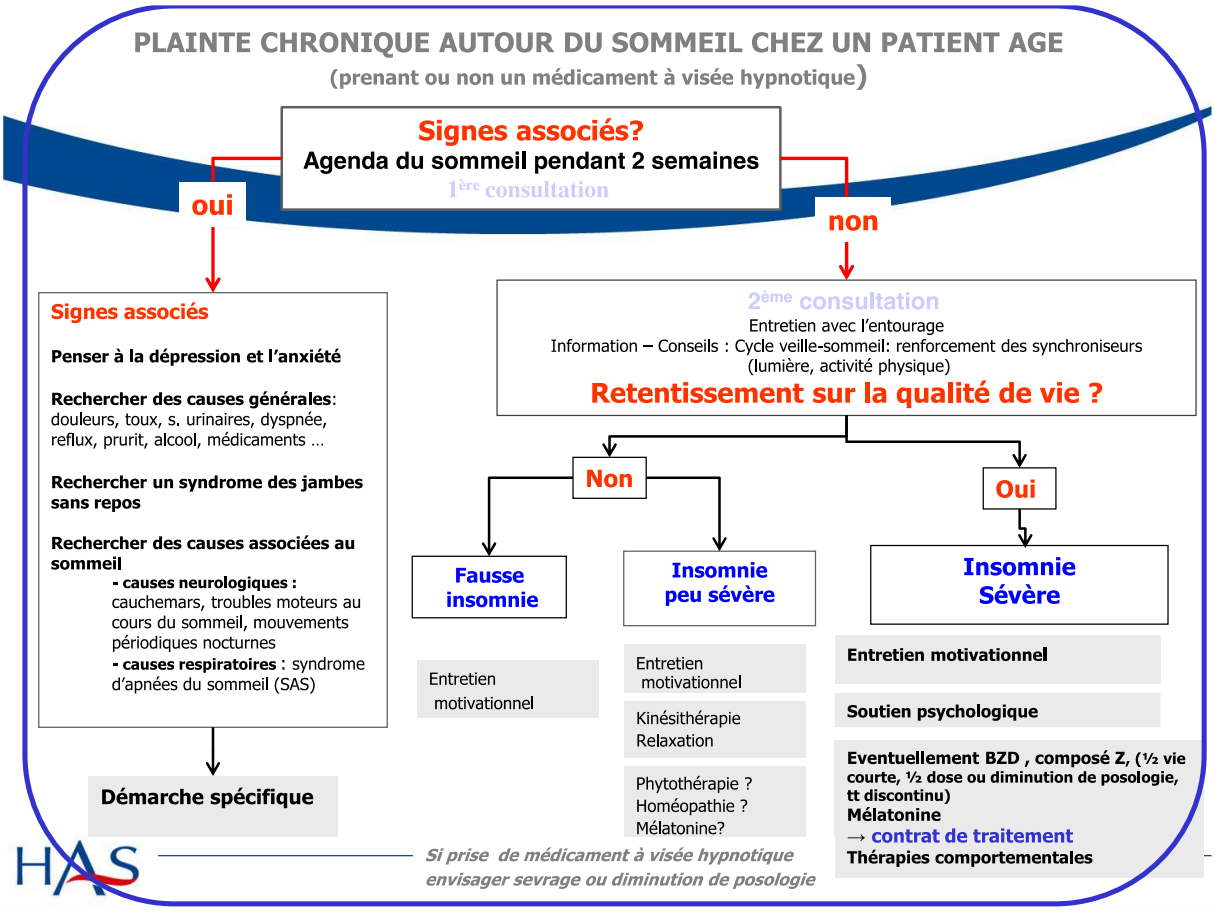
ANNEXE 4 : Dépression caractérisée chez un sujet âgé. Recommandation HAS



ANNEXE 5 : Plainte anxieuse chez un sujet âgé. Recommandation HAS



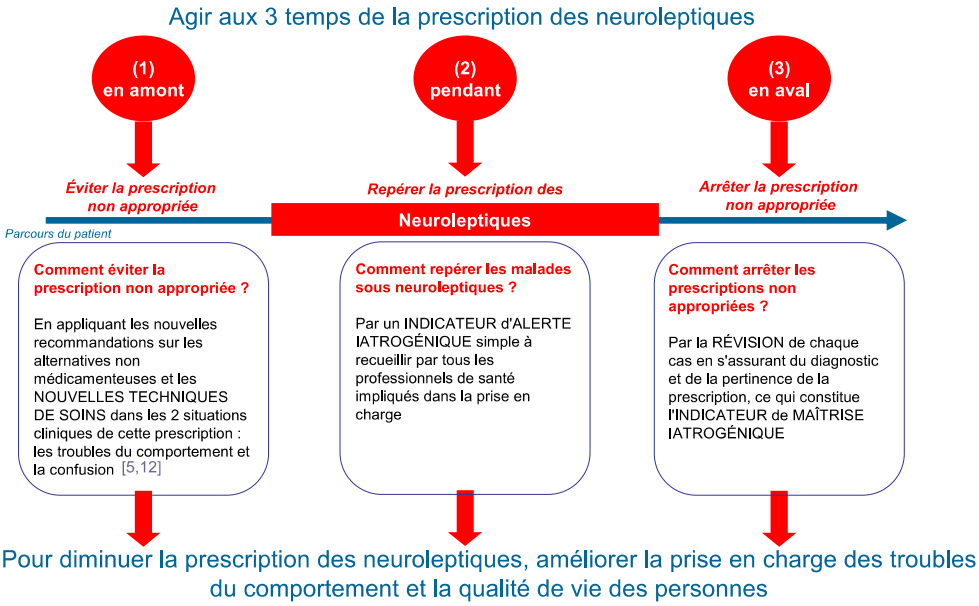
ANNEXE 6 : Plainte chronique autour du sommeil chez un patient âgé. Recommandation HAS



ANNEXE 7 : Programme AMI-Alzheimer

LES PROGRAMMES PROFESSIONNELS AMI- ALZHEIMER

DÉMARCHE GÉNÉRALE



ANNEXE 8 : Grille AGGIR

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteinte. ➢ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles ou motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes. ➢ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales. ➢ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes. ➢ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées. ➢ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

ANNEXE 9 : Liste des benzodiazépines en fonction de leur demi-vie



Octobre 2014

BENZODIAZEPINES

Choix d'une benzodiazépine[1]

dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans

Si un **traitement par benzodiazépine est réellement justifié** pour un patient donné, il est recommandé :
- d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique[2]
- d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées[3].

▶ **À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)[4]**

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	non	4 semaines
	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
anxiolytiques	VERATRAN®	Clotiazépam	4 h	non	12 semaines
	SERESTA®	Oxazépam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

⚠ **À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)[4]**

hypnotiques	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxiolytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

Octobre 2014 - 4-2014

[1] Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).
[2] Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandations HAS - octobre 2007.
[3] Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - décembre 2013.
[4] Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lechevallier-Michel et al : European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

Fiche actualisée sur la base de la fiche réalisée avec la contribution des Prs J. Doucet et S. Legrain et en accord avec la HAS (2008).

La santé progresse **avec vous**

SÉCURITÉ SOCIALE L'Assurance Maladie

ANNEXE 10 : Questionnaire initial prévue pour l'étude qualitative

Question 1 : Quel est le nombre de médecins au sein de cet EHPAD ayant participé à cette réévaluation des prescriptions ?

Question 2 : Avez vous pu vous entretenir avec l'ensemble des médecins à ce sujet ?

Question 3 : A quelle fréquence ?

Question 4 : Quel était le moment le plus propice pour cette réévaluation : lors du renouvellement du traitement ? Un autre moment ?

Question 5 : Combien de médicaments étaient réévalués à chaque fois ?

Question 6 : Quels étaient les types de changements principaux ? Diminution de posologie ? Modification totale du traitement ? Autre ?

Question 7 : En cas de modification totale de l'ordonnance, quand avait elle lieu ? Après hospitalisation ? Dans le cadre d'une prise en charge particulière ? Autre ?

Question 8 : Avez-vous eu des difficultés à communiquer avec certains médecins ?

Question 9 : Selon vous, les médecins étaient ils réceptifs à cette réévaluation ? Certains ont ils refusé cette réévaluation ?

Question 10 : Comment cet outil de révision des ordonnances est il perçu par les médecins prescripteurs ?

Question 11 : Dans votre pratique quotidienne avez vous noté des changements grâce à cet outil : moins de temps de préparation des piluliers ? davantage de temps consacré à d'autres soins ?

ANNEXE 11 : Questionnaire audio de l'infirmière de l'EHPAD

1. **Thésarde: Quel est le nombre de médecins au sein de cet EHPAD ayant participé à cette réévaluation des prescriptions ?**

   Infirmière : Environ 10.

2. **Thésarde: Avez vous pu vous entretenir avec l'ensemble des médecins à ce sujet.**

   Infirmière : Non. Hélas, certains médecins passaient au moment où je n'étais pas présente. On leur avait laissé une enveloppe pour leur expliquer le but de l'ARS et de cette réévaluation. Pour ceux à qui nous n'avons pas pu expliquer la démarche de l'ARS, soit ils ont directement jeté l'enveloppe, soit ils n'ont pas compris et ont arrêté directement le traitement psychotrope par peur du contrôle de l'ARS, sans se poser la question de l'utilité du traitement. La réaction était : l'ARS contrôle, on arrête tout. Il a donc fallu reprendre les explications pour l'ensemble des médecins, leur expliquer qu'il ne s'agissait pas d'un « contrôle » mais que le but était de se poser les bonnes questions sur l'utilité des traitements prescrits, les modifications éventuelles qui pouvaient être envisagées… On a constaté malgré tout qu'il n'y avait pas d'abus de sur-médication des psychotropes.

3. **Thésarde : Pour ceux avec qui vous avez pu vous entretenir, à quelle fréquence les avez vous ?**

   Infirmière : Pour ceux avec qui nous avons pu nous entretenir, notamment pour un des médecins de l'EHPAD qui prend en charge une dizaine de résidents, cela a été à plusieurs reprises, sur plusieurs semaines, a chaque fois on se posait la question « est ce le traitement est justifié, est ce qu'on peut le modifier ». Effectivement la question de l'ARS était intéressante car on ne se posait peut être pas nécessairement la question sur des pathologies qui sont longues, évolutives et donc cela nous a permis de nous remettre en question clairement.

4. **Thésarde : Quel était le moment le plus propice pour faire cette réévaluation ?**

   Infirmière : Clairement c'était au moment du renouvellement du traitement, car les médecins ne sont pas toujours immédiatement disponibles, il faut qu'ils aient le temps de se poser, que l'on ait le temps de leur parler véritablement du résident en question. Par exemple pour le médecin prenant en charge une dizaine de résident, cela a été à chaque renouvellement de patient l'un après l'autre. On ne peut pas lui parler des 10 résidents en même temps. En plus ce sont des réglages parfois très fins au niveau du traitement : on ne peut pas se permettre de se dire « pour tout le monde on arrête », cela reste très individuel, avec parfois de toutes petites modifications. Dans cet EHPAD on a en plus une autre particularité, nous n'avons pas le droit aux gouttes, qui pourtant permettent des réglages encore plus fins par rapport aux demi ou quarts de comprimés, donc on ne peut pas se permettre de grandes modifications d'autant qu'il n'y a qu'une infirmière et demi par jour. Donc on a été vraiment en douceur sur chaque modification et pour la plupart on est

quand même revenus en arrière en se disant que nous étions finalement dans le bon dosage.

5. **Thésarde : Combien de médicament étaient réévalués à chaque fois ?**

Infirmière : Un seul. Pour certains il y a peu de médicaments concernés par ce programme de l'ARS. Nous avions peu de patients à l'époque en 2013 et nous n'en avons toujours peu. Ce sont des traitements que nous devons utiliser avec des pincettes car leur utilité n'est pas forcément dans notre EHPAD à nous. Beaucoup de patients ont des troubles cognitifs très sévères, parfois depuis très longtemps et parfois il vaut mieux les laisser vivre avec et nous nous adapter à eux plutôt que de les surmédicaliser. Je suis pas trop pour les « camisoles chimiques », l'enfermement et ce côté : ils ne bougent plus on est tranquilles.

6. **Thésarde : Quels étaient les principaux changements dans ces traitements ? Une diminution de posologie ? Un arrêt total ? Autre ?**

Infirmière: La diminution de posologie. Extrêmement légère, passer de un comprimé à un demi, c'est tout, et encore on a revu nos stratégies car cela ne marchait pas quand même.

7. **Thésarde : Avez vous eu des difficultés à communiquer avec certains médecins ?**

Infirmière: Oui, forcément. Forcément, car ils ont une appréhension vis à vis de l'ARS qui est assez pénible car dès que l'ARS parle, ils râlent en disant qu'on les empêche de travailler dans de bonnes conditions, de quoi l'ARS se mêle… Sauf que là le but est d'amener une vraie démarche de réflexion auprès du médecin, faire le lien pour dire « non l'ARS demande quelque chose de somme toute légitime, on se repose les bonnes questions, elle ne dit pas qu'il faut tout arrêter et que nous sommes tous des être dangereux capables d'anesthésier nos voisins. Non, il faut y aller calmement. Mais c'est vrai que dès que c'est donné par l'ARS, on a l'impression qu'on leur donne un hérisson entre les doigts. Donc il faut les accompagner en disant : l'ARS pose les bonnes questions, donc oui, pourquoi pas, respirez.

8. **Thésarde : Selon vous, les médecins étaient ils réceptifs à cette réévaluation ? Certains ont ils refusé cette réévaluation ?**

Infirmière: Oui. Je me suis heurtée à des médecins qui sont en capacité de dire : » c'est l'ARS qui l'a fait, c'est non ». Sur la dizaine de médecins, 2 médecins ont clairement refusé. On est donc obligés de les accompagner des les « amadouer » en expliquant que ce n'est pas que le problème de l'ARS mais aussi notre problème à nous et puis surtout le problème du résident, c'est votre patient, on est en droit de se poser les bonnes questions, les familles de résidents pourraient se les poser aussi. C'est quand même un problème de santé publique Yavait pas de bon point à l'arrivée, c'est juste dans l'intérêt du patient. Mais certains n'aiment pas que l'on se mêle de leurs ordonnances. Dès que l'on commence à toucher les ordonnances, qu'on demande « est ce que c'est normal qu'il y ait 95 médicaments sur 2 feuilles

A4 » , dès que l'on veut en supprimer un, on a l'impression pour certains de leur arracher un bras. Ils ont des prérogatives on peut les comprendre mais à un moment l'évolution de la maladie est telle chez certains patients, avec des troubles cognitifs sévères tels maladie d'Alzheimer ou apparentée, on se dit parfois que traitement ou rien, on essaie rien et on regarde ce que ça donne.

9. **Thésarde : Certains médecins ont donc refusé cet outil. Pour les autres médecins, globalement comment était il perçu ?**

Infirmière : Dans la globalité, pour tous, il n'était pas bien perçu. Pour tous, il a fallu les accompagner gentiment parce que ils ont tous mis un coup de frein. Alors certes, la lettre de l'ARS était mal faite mais surtout elle était formulée d'une telle manière que certains médecins en la lisant ont de suite arrété totalement les psychotropes, en se disant que c'était l'ARS qui demandait à ce que l'on arrête. Alors que non, ce n'était pas ça, mais c'était mal formulé

10. **Thésarde: Et après leur avoir réexpliqué la démarche de l'ARS, est ce que leur perception avait changé ?**

Infirmière: Oui, après c'était mieux perçu. Et de toute façon c'est un accompagnement pour certains médecins : y a t'il une utilité ? La personne ne bouge plus, est il encore utile de la laisser sous Risperdal ?

11. **Thésarde : Et pour vous, est ce que cette réévaluation a changé quelque chose dans votre pratique quotidienne ?**

Infirmière : Alors, très clairement, le fait de réévaluer régulièrement les traitements avec le Dr PETREGNE afin qu'il y en ait moins de prescrit notamment pour éviter les intéractions avec d'autres médicaments, à l'époque où je faisais encore moi même les piluliers à la main, rien que le fait de réévaluer m'a fait gagner une demi-heure par tournée environ pour les 24 patients qui sont présents en moyenne. Donc ce n'est pas « rien » en terme de charge de travail. Parfois on se rend compte que pour certains patients, y a des prescriptions qui sont faites et qui sont pas réactualisées, peut être parce qu'on a pas le temps de se poser y réfléchir, mais si on a le temps de le faire, qu'on en profite. Alors c'est vrai que les médecins sont un peu réfractaires mais quand on leur explique que finalement il n'y a pas eu de changement de comportement du patient alors qu'on a diminué ou arrêté un traitement ça les fait réfléchir. Au bout d'un moment, d'eux mêmes ils demandent « tiens on peut pas essayer de diminuer ou arrêter celui la .. » mais globalement il faut les accompagner.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services sui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TITRE : Intérêt de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances dans la prescription des psychotropes par les médecins généralistes en EHPAD

RESUME :

Introduction : Chez le sujet âgé de plus de 65 ans la iatrogénie médicamenteuse en particulier la prescription des psychotropes est fréquente. Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents dans cette population fragile et poly-pathologique. En 2013 l'ARS Aquitaine a développé un projet visant à limiter la prescription des neuroleptiques chez le sujet âgé. Nous avons étudié l'impact de l'utilisation d'un outil de révision des ordonnances sur la prescription des psychotropes par les médecins généralistes au sein d'un EHPAD en 2013 ainsi que le lien avec les chutes et les hospitalisations.

Méthode: Cette étude rétrospective au sein d'un EHPAD a comparé l'évolution de la prescription des psychotropes à trois temps différents aux mois de Janvier, Juin et Décembre 2013. Un entretien semi-dirigé de l'infirmière référente a complété l'étude.

Résultats : Le nombre total de médicaments prescrits et la poly-médication ont diminué. La prescription des neuroleptiques et des médicaments anti-Alzheimer a été réduite, ainsi que la prescription des benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue. Aucun patient de notre étude n'avait de prescription de benzodiazépine hypnotique à demi-vie longue. La prescription des antidépresseurs est en revanche globalement stable. Nous avons noté une importante poly-médication et une importante consommation de psychotropes chez les patients chuteurs. L'utilisation par l'infirmière référente de cet outil de révision des ordonnances en collaboration avec les médecins traitants a permis de réduire aussi d'une demi- heure la préparation hebdomadaire des piluliers. En pratique son utilisation est simple, favorablement accueillie par les médecins en particulier pour le renouvellement des traitements et a permis de renforcer le dialogue avec l'équipe de soins.

Conclusion : L'utilisation d'un outil de révision des ordonnances issu des recommandations de la HAS au sein d'un EHPAD a entrainé une réduction de la prescription des psychotropes, a eu un impact sur la iatrogénie et a été une aide à la prescription médicale.

MOTS CLES : psychotropes, iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé, outil de révision des ordonnances, EHPAD, chutes

---

TITLE : Interest of using a revision tool of psychotropic drugs prescription by general practicioners in nursing homes

ABSTRACT :

Introduction: For the over 65 year old senior patient, drug related iatrogeny, and particularly prescription of psychotropics is frequent. Medicated adverse effects are twice more frequent with these frail elderly population with multiple pathologies. In 2013 the "ARS Aquitaine" developed a project aiming to restrict elderly neuroleptic prescription. We have studied the impact of using a revision tool of psychotropic drugs prescription by general practicioners within an EHPAD (retirement home for dependant seniors) in 2013 in link with falls and hospitalizations.

Method: This retrospective study within an EHPAD compared the evolution of psychotropic prescription at 3 different times, January, June and December 2013. A semi directed discussion with the coordinating nurse completed the research.

Results: The total number of drugs prescribed and polydrug use have decreased. The prescription of neuroleptics and anti-Alzeimer drugs has been reduced, as well as long half-life hypnotic Benzodiazepine. On the other hand, the prescription of anti-depressants remains steady on the whole. We have noticed an important polydrug use and an important consumption of psychotropic drugs among patients who suffer falls. The use by the coordinating nurse of this medical prescription revision tool in collaboration with referring physicians has helped to reduce the preparation of pill boxes by half an hour a week. Practically, its use is simple and it has been favourably welcome by physicians, particularly for the renewal of treatments, and it has reinforced the dialogue with the health care team.

Conclusion: The use of a revision tool for prescriptions issued from HAS recommendations within an EHPAD has led to a reduction of psychotropic drug prescription, and has had an impact on iatrogeny as well as it has been a help for medical prescription.

KEYWORDS : psychotropic drugs, adverse drug events, elderly patients, revision tool, nursing homes, falls

DISCIPLINE : Médecine Générale

U.F.R des sciences médicales – Université de Bordeaux : 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex