



HAL
open science

Optimiser la prise en charge médicamenteuse dans le parcours du résident en EHPAD : leviers et stratégies

Margot Galindo

► **To cite this version:**

Margot Galindo. Optimiser la prise en charge médicamenteuse dans le parcours du résident en EHPAD : leviers et stratégies. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02301880

HAL Id: dumas-02301880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02301880>

Submitted on 30 Sep 2019

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.

Année 2019

Thèse N°47

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE
Présentée et soutenue publiquement le 7 Juin 2019
Par **GALINDO Margot**
Née le 30 Janvier 1993 à Pau

**Optimiser la prise en charge médicamenteuse dans le
parcours du résident en EHPAD : Leviers et Stratégies**

Directeur de Thèse :

Mme Bertrice LOULIERE

JURY

Mme MC. SAUX	Professeur émérite	Présidente
Mme B.LOULIERE	Coordonnateur Omédit Nouvelle Aquitaine	Juge
Mme A.DALLOT	Docteur en Pharmacie	Juge

**OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE DANS LE PARCOURS DU
RÉSIDENT EN EHPAD : LEVIERS ET STRATÉGIES**

Remerciements Professionnels

Au président du Jury :

Mme Marie-Claude Saux, merci d'avoir accepté d'être mon président de jury, d'avoir toujours été disponible, à l'écoute et compréhensive durant les deux ans passés à l'Omédit ainsi que pendant la rédaction de cette thèse.

A ma directrice de thèse :

Mme Bertrice Loulière, un grand merci pour tout.

Merci de m'avoir engagé au sein de l'équipe de l'Omédit Nouvelle-Aquitaine durant ces deux belles années, merci de m'avoir fait grandir professionnellement en me faisant confiance et me proposant des missions toutes aussi intéressantes les unes que les autres, et enfin merci d'avoir cru en moi pour l'écriture de cette thèse.

Au membre du jury :

Mme Amandine Dallot, merci de m'avoir accueillie au sein de votre officine, d'avoir toujours été présente pour répondre à mes questions et me former en tant que futur pharmacien. Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

A toute l'équipe de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe

Alexandre, Marine, Myriam, Marion, Antoine, merci à cette superbe équipe qui m'a accueillie à bras ouverts alors que je n'étais qu'externe et qui a su me faire grandir au fil des mois. Merci pour votre disponibilité, votre professionnalisme et votre soutien. Je suis fière d'avoir travaillé deux ans à vos côtés.

A mes maîtres de stage

Amandine et Antonin, merci d'avoir accepté d'être mes maîtres de stage durant ces six mois d'officine. Merci pour votre bienveillance au quotidien et pour le savoir que vous m'avez transmis.

A l'équipe de la Pharmacie Place Picard

Lisa, Julie, Fanny, Caroline, Clémentine, merci de m'avoir accueillie au sein de votre équipe, merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie et pour votre bonne humeur.

A Julie De Peretti

Merci de m'avoir permis de réaliser deux audits au sein des EHPAD dans lesquels vous travaillez. Merci de votre implication.

Remerciements Privés

A mes parents

Merci pour votre amour inconditionnel. Merci de m'avoir toujours soutenu et d'avoir cru en moi durant toutes ces années d'études et pendant la rédaction de cette thèse. J'ai bien conscience de la chance que j'ai de vous avoir et j'espère vous rendre fiers.

A mon frère Paul

Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A ma coloc adorée Jeanne(tte)

Merci pour ces cinq belles années de colocation, d'amitié, de fous-rire. Même si Free n'a jamais marché et que l'on habite dans le seul appart de Bordeaux où il peut faire plus froid dedans que dehors si c'était à refaire je ne changerai rien.

A mes Gueuzes

Rachel ma couz, Elo, Manon-Josette, Lola, Laurane, Camille. Merci à vous les filles, mes amies d'enfance, d'avoir toujours été présentes pour moi et de faire ce que nous sommes aujourd'hui une bande de filles toujours enthousiastes et surtout, toujours unies.

A mes Druides

Chacha, Célia, Jade, Claire, Mathou, Math, Yulie, Mélanie, Cam's, Louise, Coco, Nora, Adrien, Marin, Pierre. Merci à la meilleure des teams pour toutes ces années d'étude passées avec vous. Les (nombreuses) soirées improvisées, le trac des révisions, le soulagement des résultats, les voyages, je suis heureuse d'avoir pu partager tous ces moments avec vous.

A ma Famille

Mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE	11
INTRODUCTION	13
1. PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ENJEUX	16
I. EHPAD ET PERSONNE AGE	16
1) Contexte actuel	16
1.1.1 Quelques chiffres	17
1.1.2 La longévité en France comparée à l'échelle Européenne.....	17
1.1.3 Du <i>babyboom</i> au <i>papyboom</i>	18
1.1.4 Une pyramide des âges modifiée	19
1.1.5 L'espérance de vie en France	20
1.1.6 Les principales causes de mortalité	21
1.1.7 L'isolement des personnes âgées	22
2) Le patient âgé	23
1.2.1 Qu'est-ce qu'un patient âgé ?	23
1.2.2 La variabilité intra-individuelle ; composante mineure d'un vieillissement réussi	24
1.2.3 La variabilité inter-individuelle : composante majeure d'un vieillissement réussi.....	24
1.2.4 Les clés d'un vieillissement réussi	25
1.2.5 Les personnes âgées dépendantes d'autrui	27
1.2.6 Le maintien de l'autonomie de la personne âgée	28
a) Rapport du Grand Age et de l'Autonomie de D.LIBAULT	28
b) Le dispositif PAERPA, pour une autonomie préservée	31
1.2.7 Les multiples conséquences d'une perte d'autonomie	33
3) Les EHPAD	36
1.3.1 Les EHPAD	37
1.3.2 Réorganisation des EHPAD et amélioration de la qualité des soins ..	37
1.3.3 Les aides de financement des EHPAD	39
a) L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)	40
b) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	41
1.3.4 Renforcement de la place du médecin coordonnateur en EHPAD	43

II.	ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	47
1)	La polymédication	47
2.1.1	L'environnement actuel	47
2.1.2	Des répercussions capitales mais trop peu connues	48
a)	Différents médecins prescripteurs	48
b)	Une disparité médicamenteuse importante et un Service Médical Rendu jugé trop faible	49
c)	Des associations médicamenteuses à risque	51
2)	La iatrogénie médicamenteuse	52
2.2.1	Qu'est-ce que la iatrogénie médicamenteuse ?	52
2.2.2	Prévention des évènements indésirables graves	52
a)	Une marge de progression manifeste	54
b)	Prévenir les effets indésirables graves	54
2.2.3	La surveillance des effets indésirables chez les personnes âgées	56
a)	Paramètres pharmacocinétiques	56
b)	Paramètres pharmacodynamiques	56
2.2.4	Le bon usage du médicament	57
3)	Régulation médico-économique et sécurité renforcée pour la sécurité du résident	58
2.3.1	Déploiement et Réorganisation des soins grâce à la Stratégie Nationale : Ma Santé 2022	58
a)	Le paiement au suivi : objectif 6% des dépenses en 2022	60
b)	Le paiement à la qualité et à la pertinence : objectif 2% des dépenses d'ici 2022	60
c)	Le paiement à la séquence de soins : objectif 4% des dépenses en 2022	60
d)	Le paiement à la structuration : objectif 21% des dépenses d'ici 2022	61
e)	Le paiement à l'acte et au séjour : objectif 50% des dépenses d'établissements en 2022	62
f)	Amélioration de la régulation de l'ONDAM	62
2.3.2	La tarification de l'EHPAD	63
a)	La réforme	63
b)	Plusieurs centaines de millions d'euros pour les EHPAD d'ici 2023 ...	64
c)	Le plan d'accompagnement des EHPAD 2018	64
4)	Mise en place d'une politique du médicament en EHPAD	66
2.4.1	Un état des lieux actuel	68

2.4.2 Une forte attente d'amélioration de la qualité de la prise en charge en EHPAD	70
2.4.3 Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD	71

DEUXIÈME PARTIE : STRATÉGIES ET LEVIERS D'AMÉLIORATION

I. LA GESTION DES RISQUES.....	72
1) Analyse a priori : L'outil INTERDIAG.....	72
1.1.1 Introduction.....	72
1.1.2 INTERDIAG ; un outil pluridisciplinaire	73
a) Comment ça marche ?	74
b) Présentation de l'outil	75
1.1.3 Un outil au service de la Région Aquitaine	77
a) Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse ?	77
o La prescription	77
o La dispensation	78
o La préparation	78
o L'administration	78
o Le suivi thérapeutique	79
b) Etude observationnelle réalisée par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe	80
1.1.4 Erreur d'administration en EHPAD et mise en place de l'outil INTERDIAG	82
a) Rapport des faits	82
b) Correction de l'erreur médicamenteuse et opportunité de réaliser au sein de l'EHPAD une analyse des risques a priori via Interdiag EHPAD	82
o Aspect technique	82
o Simulation de la mise en place de l'outil INTERDIAG dans l'EHPAD X	83
1° Réponse au questionnaire	83
2° Présentation et Interprétation des résultats	84
c) Mesures mises en place pour améliorer l'action à priori	84
1.1.5 Conclusion	85
2) Analyse a posteriori : Les Comités de Retour d'Expérience (CREX)	87
1.2.1 Introduction	87
a) Pourquoi la mise en place de CREX	87
b) Définition du CREX	87
1.2.2 Analyse des étapes d'un CREX	88
a) Etape 1 : Collecter les données	88
b) Etape 2 : Reconstituer la chronologie de l'évènement	89

c) Etape 3 : Identifier les écarts	90
d) Etape 4 : Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents..	
.....	90
1.2.3 Adaptation à un vrai retour d'expérience selon la méthode Orion selon les données de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe	92
a) Collecter les données	93
b) Reconstitution de la chronologie de l'évènement	93
c) Identifier les écarts	94
d) Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents ...	94
e) Proposer des actions à mettre en œuvre	96
f) Rédiger le rapport d'analyse	97
II. OPTIMISATION DU LIEN VILLE-HÔPITAL-EHPAD	98
1) Optimisation du lien EHPAD-Ville : Flyer à destination des familles	98
2.1.1 Avant l'entrée en EHPAD	99
2.1.2 Après l'entrée en EHPAD	99
2.1.3 L'Automédication	100
2) Optimisation du lien EHPAD-Hôpital : Outil PAACO-Globule	101
2.2.1 PAACO en quelques chiffres	102
2.2.2 Exemple d'une des fonctionnalités de l'outil : l'espace traitement....	103
2.2.3 Le retour des utilisateurs professionnels de santé	104
2.2.4 Conclusion	104
III. SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE PAR LA PRÉPARATION DES DOSES A ADMINISTRER (PDA)	105
1) Les différentes étapes de la PDA	106
3.1.1 Prescription	107
3.1.2 Préparation	107
a) Formation du personnel	107
b) Hygiène du personnel	107
c) Habillage du personnel	108
d) Principes de base	108
e) Etiquetage et contrôle	109
f) Entretien du matériel	110
g) Gestion des retours et modifications de traitement	110
3.1.3 Administration	110
a) Vérification des traitements à la livraison	111
b) Recommandations de broyage	111

3.1.4 Traçabilité des administrations	112
2) Les différents types de PDA	112
3.2.1 PDA Manuelle	112
a) Réalisation type d'une PDA manuelle suite à un audit dans un EHPAD des Landes	113
○ Réalisation	113
○ Préparation du traitement	114
○ Distribution à l'EHPAD	116
b) Avantages de la PDA manuelle	117
c) Inconvénients de la PDA manuelle	117
3.2.2 PDA semi-automatisée	117
a) Réalisation type d'une PDA semi-automatisée suite à un audit dans un EHPAD des Landes	119
b) Avantages de la PDA semi-automatisée	122
c) Inconvénients de la PDA semi-automatisée	123
3.2.2 PDA automatisée	123
a) Etapes de la PDA automatisée	124
b) Avantage de la PDA automatisée	124
c) Inconvénients de la PDA automatisée	125
3) Le rôle du pharmacien référent	126
3.3.1 Modalités de fonctionnement de la PDA	126
a) Assurance de la qualité et de la gestion des risques	126
b) Documentation	127
c) Indicateurs	127
4) Les points discutables de la PDA	127
3.4.1 Pas de processus d'auto-évaluation	128
3.4.2 Difficulté face au conditionnement des comprimés	128
5) Leviers d'amélioration de la PDA	129
IV. PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS	133
1) Les référentiels	134
4.1.1 La liste STOPP AND START V2	135
a) Comment utiliser les critères STOPP&START ?	135
b) Mise en pratique de l'utilisation de la liste STOPP&START	137
○ Etape 1 : Collecte des données	138
○ Etape 2 : Analyse de l'ordonnance	140

4.1.2	Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD	142
	a) Exemple de 3 classes pharmacologiques fréquemment prescrites chez le senior	
	○ Médicament à visée antalgique et antipyrétique : le PARACETAMOL .	142
	○ Médicament à visée cardio-vasculaire : le PERINDOPRIL	143
	○ Médicament à visée gastroentérologique : le LANSOPRAZOLE	144
4.1.3	Prescription médicamenteuse Adaptées aux Personnes Agées ou le guide PAPA	
	a) Mise en pratique de l'utilisation du guide PAPA	145
4.1.4	La liste de Laroche	149
4.1.5	Le programme AMI : Alerte et Maitrise de la Iatrogénie	149
	a) Mise en pratique de l'utilisation d'une AMI	151
	○ Etape 1 : Interprétation des indicateurs	151
	○ Etape 2 : Calcul des taux d'alerte et de maîtrise	151
	○ Etape 3 : Suivi de l'engagement des prescripteurs	152
2)	Pertinence et de prescription des médicaments / Réévaluation des traitements de	
	résidents en EHPAD	153
4.2.1	Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	153
4.2.2	Les benzodiazépines à demi-vie longue	155
4.2.3	Les ordonnances de non prescription	159
4.2.4	Conclusion	161
	CONCLUSION	162
	BIBLIOGRAPHIE	163
	ANNEXES	169

GLOSSAIRE

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AIM : Accidents Iatrogènes Médicamenteux

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

AMI : Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAP : L'Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

AVK : Anti Vitamine K

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNP : Collège National Professionnel de gériatrie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREX : Comités de Retour d'Expériences

DCI : Dénomination Commune Internationale

DLU : date limite d'utilisation

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques du ministère de la santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EI : Effets Indésirables

EIAS : l'évènement indésirable associé aux soins

eQo : Evaluation de la Qualité en Officine

GHS : Groupement Homogène de Séjour

GIR : Groupe Iso Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPTS : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

ICF : l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

LAP : logiciels d'aide à la prescription

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : L'objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PAERPA : Parcours de Santé des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PDA : préparation des doses à administrer

PPI : Prescriptions Potentiellement Inappropriées

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PSI : Plan de Service Individualisé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SMR : Service Médical Rendu

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

INTRODUCTION

Aujourd'hui la France compte 67,12 millions de citoyens dont 1,5 millions de plus de 85 ans. Devant ce vieillissement croissant de la population l'État se pose des questions face à cet enjeu de santé publique. En effet d'après l'étude SHARE (1) (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) réalisée par l'Insee, en 2050 un Européen sur trois aura plus de 60 ans et un sur dix aura plus de 85 ans. Ce bouleversement démographique va soulever un certain nombre de problématiques comme la perte d'autonomie des séniors.

Le France a donc fait le choix d'élaborer une loi visant à prévenir et accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées. Il s'agit de la *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement* du 28 Décembre 2015 (2). En effet actuellement la plus forte volonté de l'Etat concernant les sujets âgés, est de laisser au maximum ces derniers autonomes en leur apportant une aide au maintien à domicile.

Cette loi mobilise ainsi l'ensemble des politiques publiques afin de donner les moyens aux personnes âgées, mêmes fragilisées, d'être actrices de leur parcours. En effet, il apparait primordial que les séniors puissent être en mesure d'anticiper et de prévoir les premiers facteurs de risques de perte d'autonomie et que la France puisse leur assurer un accompagnement de qualité à domicile.

La prise en charge des personnes âgées est donc vue comme un enjeu majeur dans l'organisation du système de santé en France aujourd'hui.

Effectivement au sein de cette population, on comptera d'ici 20 ans environ 2 millions (2) de personnes dépendantes et si la France désire plus que tout maintenir les séniors à leur domicile, certains seront contraints de part une perte d'autonomie, d'entrer dans des établissements adaptés à leur dépendance. L'objectif étant de faire rentrer ces personnes le plus tard possible en résidence médicalisée, l'âge en sera par conséquent forcément augmenté et les pathologies chroniques aussi de ce fait.

Ce sont des personnes qui seront très probablement avec plusieurs pathologies et donc polymédiquées ce qui peut être une source d'iatrogénie médicamenteuse, de mauvaise

observance et sur le plan économique générer un surcoût non négligeable.

La prise en charge de ces personnes sera effectuée la plupart du temps par un placement en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) ce qui permettra une meilleure prise en charge adéquate, dans un lieu de vie adapté avec le bénéfice d'une équipe pluridisciplinaire en lien avec la prise en charge médicale.

Néanmoins, face à une forte demande le nombre de ces établissements a considérablement augmenté ces dernières années. On compte actuellement 7400 EHPAD en France ce qui représente 600 000 places (3) pour résidents mais le nombre de personnel soignant octroyé n'est pas toujours adapté à l'augmentation du nombre de résidents et de la perte d'autonomie. Le constat est donc le suivant : l'équipe qui prend en charge le résident se retrouve en sous-effectif alors que les demandes d'entrée en EHPAD ne cessent d'augmenter.

De ce fait, face à une population âgée dépendante et polymédiquée, qui ne cessent de croître d'années en années, comment l'équipe médico-sociale de ces établissements arrive-t-elle à effectuer une prise en charge médicamenteuse optimale ?

Quels pourraient-être les leviers et les stratégies d'amélioration qui pourraient venir en aide à l'équipe qui prend en charge le résident ? Tout ceci, dans l'objectif de diminuer une iatrogénie médicamenteuse bien trop présente actuellement ?

Ainsi la démarche de sécurisation du médicament en EHPAD fait entrer en jeu de multiples acteurs et de multiples étapes. Il s'agit ici de saisir l'opportunité d'améliorer au maximum chaque étape de ce circuit.

Dans cette rédaction, le parti a été pris d'aborder 4 leviers d'amélioration possibles à la diminution de la iatrogénie en EHPAD :

- La gestion des risques ; *a priori* de par l'outil d'analyse et de prescriptions *a priori* INTERDIAG et *a posteriori* de par la mise en place de Comités de Retour d'Expériences (CREX)

- L'optimisation du lien EHPAD-Hôpital grâce à l'utilisation de l'outil PAACO-Globule et à l'amélioration de l'information entre les familles de résidents de l'EHPAD via la création de l'ébauche d'un flyer.
- La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse via la mise en place de la préparation des doses à administrer (PDA)
- La pertinence des prescriptions grâce à l'évaluation des pratiques au regard des référentiels existants.

- PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ENJEUX

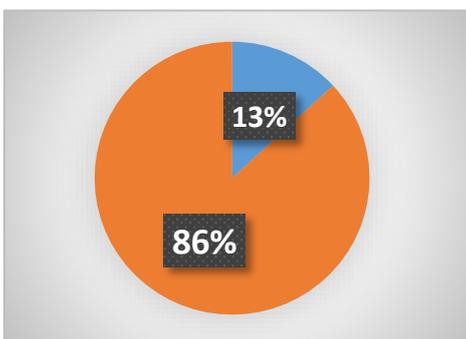
I. EHPAD ET PERSONNE AGEE

1) CONTEXTE ACTUEL

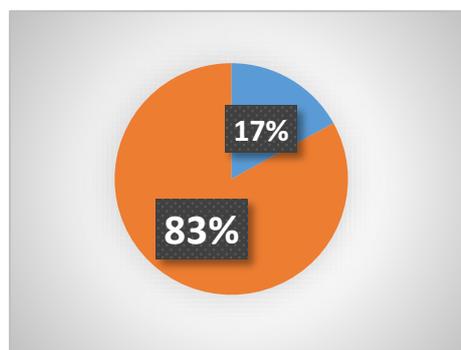
1.1.1 Quelques chiffres ...

Entre 1950 et 2017 la population française a augmentée de 23 millions de personnes. Ce fort accroissement de population est due à la croissance naturelle mais aussi pour plus de 30% à l'augmentation de la population âgée de 60 ans ou plus. Cette dernière s'est multipliée par deux et va de pair avec un vieillissement de la population. Ceci est le résultat de l'effet conjugué de la baisse de natalité et de la baisse de mortalité chez les plus de 60 ans. En effet on observe depuis quelques années une baisse de l'indice de fécondité en France. Alors qu'en 1950 il était de 2,95, l'ICF (l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité) est aujourd'hui de 1,87 (4) ce qui atteste bien d'une diminution accrue du nombre de naissance dans notre pays. A l'opposé, on remarque une augmentation de la proportion de personne ayant plus de 60 ans comme en atteste ces 3 graphiques.

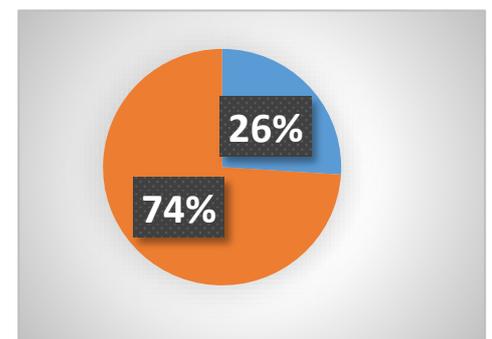
ANNEE 1900



ANNEE 1980



ANNEE 2018



PERSONNES AYANT MOINS DE 60 ANS

PERSONNES AYANT PLUS DE 60 ANS

Figure 1, 2 et 3 : Proportion de la population des plus de 60 ans en, respectivement 1900, 1980 et 2018

On observe ainsi depuis plusieurs années maintenant un vieillissement démographique en France. Cependant cette dernière n'est pas la seule dans cette situation et un grand nombre de pays Européens tendent à augmenter leur longévité de vie.

1.1.2 La longévité de vie en France comparée à l'échelle Européenne et mondiale

Après la deuxième guerre mondiale la France se trouvait au premier rang de la population la plus âgée au niveau Européen de par les nombreuses pertes humaines au combat. Malgré cela, à aujourd'hui notre nation ne détient plus la première place. En effet la part la plus élevée de 65 ans et plus dans la population se trouvait, en 2014, en Italie (21,4%), en Allemagne (20,8%) et en Grèce (20,5%). La France n'arrivant que bien derrière avec seulement 18% de personne âgées de plus de 65 ans dans l'Hexagone. A l'inverse les populations les plus jeunes d'Europe se trouvent en Irlande (12,6%), en Slovaquie (13,5%) et à Chypre (13,9%). (5)

Par ailleurs les instituts de statistiques notent un taux de natalité systématiquement bas ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie qui modifie la forme de la pyramide des âges de l'Union Européenne. Le changement le plus important sera probablement la transition marquée vers une structure démographique beaucoup plus âgée ce qui amènera à des changements économiques et urbains majeurs. Par conséquent, la proportion de personnes en âge de travailler se réduit considérablement alors que le nombre de personnes retraitées augmente. Ce phénomène est dû en majeure partie au *baby boom* qui touche plusieurs pays Européens actuellement.

1.1.3 Du baby boom au papy boom ...

En effet, la seconde guerre mondiale se termine en 1945 par une victoire totale des Alliés, soit notamment le Royaume-Uni, la France, les Etats Unis, le Canada et l'URSS. Si elle laisse un grand vide dans l'économie et la démographie de la plupart des pays Européens, elle se traduit au contraire par une augmentation massive de la natalité soit une explosion démographique historique qui durera du milieu des années 1940 au milieu des années 1960.

Les causes du baby boom restent aujourd'hui mal expliquées mais il est certain que de nombreux facteurs se sont conjugués. L'après seconde guerre mondiale est marquée par une forte croissance économique et une élévation des niveaux de vie. Par ailleurs la situation des femmes change : ces dernières qui peuvent s'arrêter de travailler pour s'occuper de leurs enfants, savent qu'elles sont en capacité de retrouver un emploi dès qu'elles le souhaitent. Le taux de chômage est extrêmement faible et le développement du système de protection sociale améliore les niveaux de vie des familles.

De ce fait, le baby boom a pour conséquence aujourd'hui d'entraîner une élévation de la part de personnes âgées dans la population. Les hommes et femmes nés durant ce phénomène ont aujourd'hui entre 55 et 75 ans et vont pour la majorité, si ce n'est pas déjà fait, partir à la retraite dans au maximum les 10 ans à venir.

Ce qui amène au phénomène actuel appelé le papy boom et qui se traduit par le grand nombre de départ à la retraite qui doivent avoir lieu entre 2006 et 2025 dans les pays développés. Le papy boom est une conséquence prévisible du baby boom de l'après-guerre, de l'allongement de l'espérance de vie et de la baisse de natalité qui provoque un vieillissement démographique. Ce phénomène aura une influence importante sur l'ensemble de la société et en particulier dans le domaine de l'économie car il participe à la hausse générale des dépenses de santé en remettant en question l'équilibre du financement des retraites et de la population active. (6)

L'espérance de vie sera cependant bien différente en fonction des pays. Cette dernière représente une moyenne du nombre d'années qu'un groupe de personnes peut espérer vivre s'il naît à une année donnée et si le taux de mortalité reste constant dans l'avenir. Hors Union européenne la France se classe donc en 9^{ème} position avec une espérance de vie moyenne de 82,4 ans. Devant elles se succéderont ; le Japon en première position (83,7 ans), la Suisse (83,4 ans), Singapour (83,1 ans), l'Australie (82,8 ans), l'Espagne (82,8 ans), l'Islande (82,7 ans), l'Italie (82,7 ans), l'Israël (82,5 ans) et la Suède (82,4 ans). (7)

La France reste toutefois 5^{ème} si on ne se concentre que sur l'espérance de vie féminine avec une espérance de vie moyenne de 85,4 ans. Il est à noter que la doyenne de l'humanité Jeanne Calmant ayant vécu jusqu'à ses 122 ans était de nationalité française.

Au niveau international, entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22% ce qui représentera environ 2 milliards de personnes.

De ce fait, des problèmes importants concernant le vieillissement vont intéresser des régions du monde qui subissent actuellement une mutation démographique rapide comme l'Asie ou l'Amérique Latine. Ainsi, il a fallu plus de 100 ans pour que la part de la population française âgée de 65 ans et plus double pour passer de 7 à 14%. En comparaison, il ne faudra que 25 ans à des pays comme la Chine ou le Brésil pour connaître la même croissance de leur population âgée.

1.1.4 Une pyramide des âges modifiée

La forme de la pyramide des âges est riche de significations. En fonction de l'inertie des phénomènes démographiques, elle nous renseigne sur les déséquilibres actuels et ceux du passé mais aussi, s'agissant de personnes âgées en devenir, des perspectives d'avenir. Il s'agit d'une représentation à prendre en considération.

Plusieurs phénomènes ont concouru à modifier la pyramide des âges depuis un siècle.

En effet, cette dernière porte aujourd'hui les stigmates d'un certain nombre d'évènements.

On observe premièrement le passage des classes creuses nées durant la guerre de 1914-1918 à l'âge de fécondité. Ce sont des générations dont les effectifs ont été moins nombreux que ceux d'âge précédents et suivants du fait des nombreuses pertes humaines lors de la première guerre mondiale. Effectivement cette dernière a créé un grand creux côté masculin. Leur enfants, alors aujourd'hui âgés de 75 à 85 ans sont donc faiblement représentés sur la pyramide des âges. Ceci sera corrélé avec un déficit de naissances dû à la seconde guerre mondiale de 1939-1945.

Ensuite on remarque une forte augmentation de population âgée de 45 à 70 ans qui représente le début et la fin du baby boom. Ce surcroît de naissances a cessé à partir de 1974, du fait du souhait des couples d'avoir moins d'enfants et aussi un meilleur accès à la contraception. Le nombre de naissance a alors diminué puis s'est stabilisé à un niveau relativement élevé, soit environ 800 000 naissances par an.

Le constat est donc sans appel et confirme ainsi les dires du papy boom : dans 20 ans la génération du baby boom aura entre 70 et 85 ans et représentera environ 16 millions de personnes en France. (4)

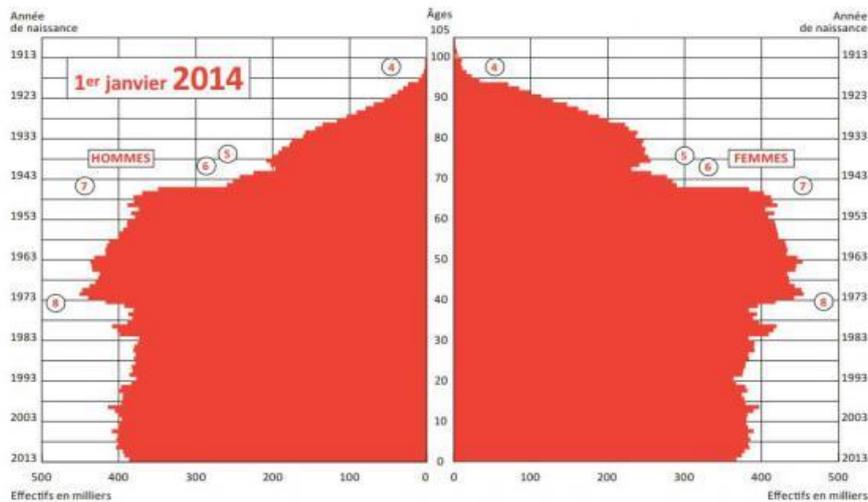


Figure 4 : Pyramide des âges au 1^{er} Janvier 2014

1.1.5 L'espérance de vie en France

L'espérance de vie est un indicateur fondamental de santé publique mais qui ne rend pas compte de l'état de santé d'une population. Le plus souvent cette dernière est présentée à la naissance mais les espérances de vie à 60 ans (âge de la retraite), et à 75-85 ans (âge d'entrée dans un établissement d'hébergement collectif) sont utiles à détailler et à étudier.

Sexe	1789	1900	1955	1980	1990	1998	2020
Masculin	28	45	65	70,2	72,7	74,6	80
Féminin	28	49	72	78,4	80,9	82,2	86,4

Figure 5 : Evolution et prévision de l'espérance de vie à la naissance en France par sexe de 1789 à 2020

Ce tableau démontre ainsi une forte augmentation de la longévité de vie au fur et à mesure que les années passent. En 2020 nous vivons quasiment 3 fois plus longtemps qu'en 1789. Alors qu'au 18^{ème} siècle la famine et la maladie faisait rage, à aujourd'hui on note que les décès sont dus à une minorité de motifs. (8)

1.1.6 Les principales causes de mortalité

En France, les principales causes de mortalité sont, dans l'ordre, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoires. La catégorie traumatismes-intoxications-suicides qui ne constitue pas une véritable entité pathologique s'intercale en 3^{ème} position.

Entre 65 et 79 ans, la pathologie tumorale est au premier rang des causes de mortalité. Parmi les personnes décédées d'une affection de l'appareil circulatoire ou de l'appareil respiratoire, on note qu'environ 90% sont âgés de plus de 90 ans. Pour les pathologies tumorales, les décès des personnes de plus de 65 ans représentent environ 70% de l'ensemble. (8)

CAUSES PRINCIPALES	Total	65-79 Ans	>80 ans
Appareil circulatoire	171 652	26,5% (45 467)	63% (109 377)
Tumeur	146 641	40% (58 756)	31% (45 166)
Appareil Respiratoire	40 130	17,5% (9808)	67% (26 877)
Traumatismes Intoxications, suicides	44 838	24,5% (7891)	31% (13 989)

Figure 6 : Principales causes de mortalité dans la population française

En France un octogénaire sur deux décèdera d'une maladie ou affection de l'appareil circulatoire à savoir : crise cardiaque, accident vasculaire cérébral et arythmie cardiaque.

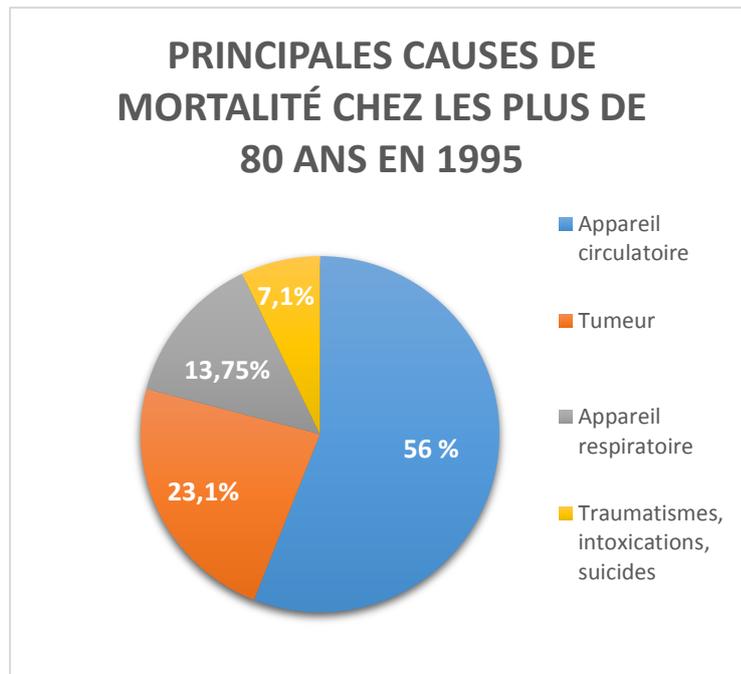


Figure 7 : Graphique indiquant les principales causes de mortalité chez les plus de 80 ans en 1995

1.1.7 L'isolement des personnes âgées : un aspect socio-économique trop peu identifié

Le vieillissement de la population a des conséquences sociologiques et économiques. Six millions de personnes vivent seules en France actuellement et il s'agit majoritairement de personnes âgées. Cet isolement dépend principalement pour ces derniers du veuvage. En effet lorsqu'une des deux personnes du couple décède l'autre se retrouve seule dans son logement. En 1990, 70% des femmes âgées de plus de 80 ans étaient veuves, ce qui représente plus d'un million de femmes. Il est à noter que le veuvage féminin dépend de deux causes principales : la surmortalité masculine comme vu précédemment, une femme vit en moyenne 86 ans contre 78 pour les hommes, et la différence d'âge entre les époux. A l'inverse, la probabilité pour un homme de se retrouver seul est plus faible. Une femme sur deux est seule à 70 ans et un homme sur deux l'est à 85 ans. Ceci est donc d'une grande importance pour le maintien à domicile et majore le risque d'institutionnalisation pour les femmes de par leur plus longue espérance de vie.

Au niveau économique, en matière de retraite, le système actuel marche comme ceci : les actifs du moment paient les retraites des retraités du moment. Mais ce système fait face à

plusieurs problèmes du fait de la démographie du régime des retraites obligeant à des compensations qui mettent en œuvre la solidarité entre les groupes sociaux. De ce fait on cherche de plus en plus à associer en complément des systèmes de financement par capitalisation soit une épargne individuelle dans des fonds de pension. Le poids des retraites dépend aussi du nombre actuels et à venir des retraités, des mises en retraite anticipées et du chômage des travailleurs âgés. (8)

2) LE PATIENT AGE

1.2.1 Qu'est-ce qu'un patient âgé ?

Une personne âgée est d'après la définition encyclopédique, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Ces dernières sont aussi appelées aînés ou seniors. Le vieillissement étant un processus progressif et une personne ne devenant pas âgée du jour au lendemain ce concept ne peut se baser sur des lois physiques prouvant une sénescence à un âge donné. Cependant l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française, c'est de plus cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les seniors.

Néanmoins, la gériatrie ne concerne que peu d'individus âgés de 60 à 70 ans mais se réfère plus à des personnes de 80 ans ou plus qui deviennent vulnérables et dépendantes de par leur perte progressive d'autonomie. De ce fait, la vulnérabilité plus que l'âge de l'état civil aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie.

Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge en particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement selon les personnes âgées elles-mêmes.

Par conséquent, la société française est aujourd'hui composée de seniors aux profils hétérogènes de par les nombreuses composantes entrant en jeu dans le vieillissement à savoir en premier lieu des variabilités intra-individuelle et inter-individuelle dépendantes de la personne et de son entourage.

1.2.2 La variabilité intra-individuelle ; composante mineure d'un vieillissement réussi

L'ensemble de l'organisme est soumis à des variations physiologiques qu'elles soient quotidiennes, mensuelles ou alors annuelles. Après un repas la glycémie s'élève et la tension baisse. L'épiderme de la peau se renouvelle tous les 21 à 28 jours en suivant un cycle bien défini. Le fait de suivre un régime végétalien sans compensations sera la cause de nombreuses carences vitaminiques. L'évolution des variations des différents paramètres au cours du vieillissement n'est donc pas standardisée. Ainsi certaines variations seront moindres, comme l'accélération du rythme cardiaque à l'effort mais d'autres variations seront plus accusées comme la baisse tensionnelle ou l'hyperglycémie postprandiale. (9)

Il y aura donc une plus grande sensibilité de l'organisme aux agressions extérieures telles que la chaleur l'été, avec de nombreux cas de déshydratations intenses lors des canicules, ou des infections l'hiver. Les réponses homéostatiques peuvent être retardées ou exagérées avec un retour à l'équilibre plus lent que la normale. Cependant pour de nombreux paramètres biologiques on observe que cette sensibilité organique due au vieillissement reste relativement modeste.

On peut ainsi admettre que la variabilité de l'individu s'accroît moins avec l'âge que la variabilité entre les individus. La « normalité » d'un individu sera donc vue comme la stabilité de ce dernier par rapport à son propre état antérieur.

1.2.3 La variabilité inter-individuelle ; composante majeure d'un vieillissement réussi

La variabilité entre les individus s'accroît avec l'avance de l'âge mais chaque individu ne vit pas son vieillissement de la même manière. Effectivement si l'on traduit cela en terme statistiques, cela signifie que la variance entre les individus augmente de façon constante avec l'âge sans prendre en compte les différents facteurs de vie auxquels sont soumises les personnes. Ainsi, retenir une valeur moyenne de vieillesse de 60 ans n'aura pas grand sens si l'on n'ajoute pas les valeurs d'un intervalle de confiance à un seuil statistique donné.

Les explications de cet accroissement avec l'âge de la variabilité entre les individus sont multiples.

On note premièrement une différence génétique dans le domaine des maladies neurodégénératives qui ne s'exprime qu'à un âge avancé de la vie. Une autre cause de variabilité est la multiplicité des phénomènes acquis depuis la naissance et qui perdurent dans la vie : l'éducation, la pratique d'exercices physiques, les traumatismes, les antécédents pathologiques et le cercle social de la personne déterminera au cours de l'existence de la personne qui peuvent changer l'évolution de cette dernière. (9)

Par exemple, à l'heure actuelle 52% des français ne pratiquent aucune activité sportive et passent environ 5 heures par jour devant les écrans. Or, d'après un rapport statistique de l'INPES (10) (Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé), la sédentarité est un facteur aggravant des maladies cardio-vasculaires. En effet, les populations inactives ont environ deux fois plus de chances de développer des maladies cardio-vasculaires que les populations actives.

Par ailleurs la pratique de sport a un effet protecteur dans la prévention des cancers. On a notamment démontré cet effet protecteur important de l'activité physique sur le cancer du côlon. La diminution du risque de ce type de cancer est de l'ordre de 60% si l'on compare des sujets ayant une activité physique importante par rapport à des individus sédentaires. (10)

Enfin, lorsqu'on interroge les séniors, 80% d'entre eux estiment que la pratique d'une activité physique régulière aurait des effets bénéfiques sur leur santé.

On en conclut donc que certaines personnes âgées vieillissent mieux que d'autres en fonction de plusieurs facteurs interindividuels.

1.2.4 Les clés d'un vieillissement réussi

Différents sociologues proposent des socio-types d'âges pour démontrer que les plus de 60 ans forment des publics distincts. De ce fait le sociologue Serge Guérin propose quatre types de séniors : les « SeTra » pour Séniors Traditionnels, les « SeFra » pour Séniors Fragilisés par

la dépendance physique, mentale ou économique, les « BooBos » pour Boomers Bohèmes soit les nouveaux séniors portant la modernité et refusant de vieillir et enfin les « BooFra » pour les Boomers Fragilisés qui sont des personnes assez âgées mais cherchant à rester acteurs de leur propre vie. (11)

Mais alors qui sont ces Boomers Bohèmes et Boomers Fragilisés qui refusent de se soumettre à la dépendance d'autrui et comment gèrent-ils leur vieillissement ?

Le concept de vieillissement réussi se réfère à l'individu vieillissant tout en préservant de bonnes capacités physiques et mentales lui permettant d'être autonome et socialement actif. De ce fait les stratégies préventives qui reposent sur la modification des facteurs environnementaux et le respect des règles hygiéno-diététiques passent par la promotion de la santé tout au long de la vie mais aussi par une adaptation de la personne face aux différents stress et conséquence de vieillissement de ce dernier.

Ainsi, il a été observé que bien vieillir dépend essentiellement de 4 principaux déterminants. Premièrement la caractéristique sociale ; un être sera en meilleure santé s'il est actif dans la vie, s'il participe à des actions bénévoles ou rémunérées et s'il a des contacts sociaux.

Ensuite la caractéristique médicale entre en jeu. Une personne en meilleure santé vieillira mieux : une tension artérielle et un poids normal, des personnes moins malentendantes, avec une vue meilleure, moins de tabagisme, moins d'alcool et moins de maladies chroniques à savoir diabètes, cancers et maladies rhumatismales.

Les caractéristiques psychiques et fonctionnelles sont aussi non négligeables. On observe un meilleur score d'Activité de la vie quotidienne (ADL) et instrumentale (IADL) mais aussi moins de dépression et de meilleurs scores cognitifs, une meilleure mémoire et de meilleures relations familiales. **Annexe 1, Annexe 2**

Et enfin les caractéristiques physiques et somatiques sont aussi à l'origine d'un vieillissement réussi. C'est-à-dire que ce seront des personnes qui mangent mieux mais plus diversifié, plus abondamment, avec autant de protéines mais plus d'origine végétale. Ils auront également un meilleur équilibre et la pratique d'une activité physique hebdomadaire.

Ainsi pour résumer, un juste équilibre entre l'association de la santé, de la nutrition, d'un exercice physique, d'une stimulation cognitive et enfin d'une affection familiale et sociale est la clé d'une vieillesse à faible déclin.

Cependant ces seniors bien vieillissants ne représentent à aujourd'hui qu'un faible pourcentage des personnes de plus de 60 ans et on remarque aujourd'hui que bon nombre de personnes âgées sont dépendantes, poly pathologiques et polymédiquées.

1.2.5 Les personnes âgées dépendantes d'autrui

La personne âgée malade aura tendance à avoir une diminution des capacités physiques avec une perte d'étayage et in fine une augmentation de la dépendance avec une diminution de l'investissement psychologique.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Plusieurs causes sont à l'origine de la dépendance. Toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance. On notera que les affectations dégénératives du système nerveux central telles que les démences, les maladies destructrices des articulations ou encore les accidents vasculaires cérébraux en sont des exemples concrets. L'hospitalisation est aussi une cause de dépendance. Effectivement quand le malade n'a pas bénéficié d'une évaluation médico-sociale préalable une hospitalisation peut survenir en urgence à l'occasion d'une maladie autre que la pathologie chronique du patient. Les maladies intercurrentes peuvent être des chocs psychologiques amenant à des dépressions ou des fortes diarrhées suite à une infection non décelée.

L'hospitalisation devient donc une cause de dépendance qui s'ajoute aux précédentes. Et cette dernière peut aussi se prolonger pour des problèmes sociaux négligés, en effet une entrée en institution non expliquée ou cachée à la personne âgée peut être mal vécue.

La dépendance humaine résulte de la combinaison de plusieurs facteurs que sont ; les maladies psychiques, les maladies physiques et l'environnement.

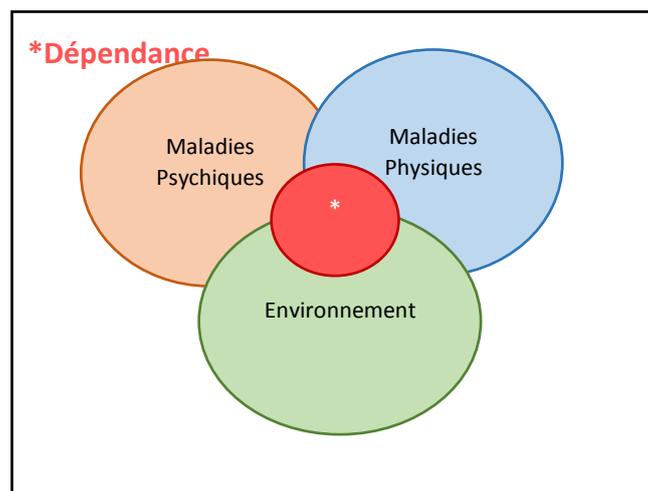


Figure 8 : Combinaison des différents facteurs induisant à une dépendance

1.2.6 Le maintien de l'autonomie de la personne âgée

a) Rapport grand âge et Autonomie de D. LIBAULT

La perte d'autonomie est ainsi reconnue comme un risque à part entière et il est du devoir de la France de mettre toutes les mesures en œuvre pour palier à cela. C'est ce qu'a fait Dominique LIBAULT avec son équipe en rédigeant « La concertation du Grand âge et Autonomie », sorti en Mars 2019. (12)

Il expose tous les constats, enjeux et mesures potentiellement implantables afin de redéployer des moyens au profit d'une meilleure prise en charge du grand âge.

Ainsi avant de placer les personnes âgées dépendantes dans des établissements tels que les EHPAD, il convient de prévenir au maximum la dépendance et cela passe en priorité par le maintien de l'autonomie de la personne âgée et un maintien à domicile de cette dernière.

Ce maintien passe avant tout par la conservation du libre choix du sénior à chaque étape de son parcours et ainsi que d'une façon volontariste, de retarder le moment de la perte d'autonomie. Ceci, suppose une transformation de l'offre d'accompagnement et de soin et un

véritable changement de modèle privilégiant le domicile. Cela suppose également un investissement important dans la prévention de la perte d'autonomie.

❖ Garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soin recentrée sur le domicile

L'attente est dans un changement de modèle, une nouvelle approche domiciliaire sur l'ensemble des lieux de prise en charge dans une démarche de maintenir le sénior chez lui. Effectivement cette transformation devrait privilégier autant que possible la conservation de la personne dans son domicile. L'offre de demain sortira du dualisme entre domicile et EHPAD et devra proposer au sujet âgé une gamme de solutions intermédiaires comme les résidences autonomie, les résidences services, l'habitat inclusif, l'accueil familial ...

Tout ceci suppose de rénover le modèle économique actuel des services d'accompagnement et d'aide domicile, c'est dans ces conditions que pourra effectivement s'exercer librement le choix du sénior.

L'objectif est double, permettre l'exercice du libre choix de la personne comme dit précédemment et assurer un parcours de vie sans rupture, plus fluide et selon les évolutions et l'autonomie de chacun.

Cette transformation de l'offre de soins devra donc poursuivre les objectifs suivants :

- Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile en modifiant les modes de financement
- Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les sujets âgés les plus autonomes
- Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience
- Engager le secteur dans une démarche qualité
- Rééquilibrer l'offre sur le territoire

- Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques
- Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes

❖ **Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile**

L'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie accompagnée au domicile nécessite de rééquilibrer les priorités actuelles de financement en soutenant le développement de l'accompagnement à domicile : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Ainsi avec les nouveaux objectifs, les SAAD doivent pouvoir financer des temps de prévention et de coordination. Les SSIAD quant à eux devront être fortement recentrés sur les actes techniques nécessitant une compétence infirmière.

❖ **Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées les plus autonomes**

Les limites du maintien à domicile classique sont connues : risque d'isolement, intensification de la sollicitation des proches aidants, inadaptation du logement aux limitations de la mobilité, difficulté de coordination des intervenants.

Ainsi, le respect de la liberté de choix de la personne suppose d'offrir des alternatives au domicile ou à l'EHPAD. Pour cela un fort accent doit être mis sur le développement d'habitats groupés : Résidence autonomie, Résidences services et habitat inclusif et intergénérationnel. Tous ces établissements doivent être en mesure de proposer des services collectifs comme la restauration, les loisirs et la blanchisserie par exemple.

Le développement de cette offre passe donc par le déploiement de ces résidences services ainsi que par le financement de logements sociaux ou pas. Par ailleurs, l'article 20 de la Loi

ASV (Adaptation de la Société au Vieillissement) (39) a ouvert la possibilité pour les bailleurs sociaux d'attribuer en priorité à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou aux handicaps des logements construits ou aménagés spécifiquement.

Ces propositions suggèrent aussi une amélioration de la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). De plus, sur le site www.pour-lespersonnes-agees.com il est possible de se renseigner sur tous les types de logements présentés aux seniors : logement indépendant, logement médicalisé, maison de retraite, accueil familial.

Ainsi, cette réforme atteste de la réelle volonté du gouvernement de maintenir au maximum les personnes âgées autonomes et à leur domicile et de retarder au maximum leur entrée en EHPAD ou établissement médicalisé.

b) Le dispositif PAERPA, pour une autonomie préservée

Cependant, constatant que la population des personnes âgées en France ne cesse de croître et afin de prévenir et de limiter la perte d'autonomie, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif le PAERPA ; Parcours de Santé des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie. Ce dispositif fut déployé en 2014 sur des territoires pilotes en France et s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est distinct : faire en sorte que chaque français reçoive les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et le tout au meilleur coût. (13)

L'action sera possible en partant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables et en optimisant la coordination des professionnels de santé autour de la personne âgée.

Le dispositif PAERPA est articulé autour de 5 actions clés.

Renforcer le maintien à domicile

Cette démarche incite à une coordination renforcée des professionnels de santé de 1^{er} recours en lien avec les professionnels sociaux dès lors que la situation médico-sociale le nécessite. De ce fait, le médecin traitant et un ou plusieurs professionnels de l'équipe soignante formeront une coordination clinique de proximité.

Améliorer la coordination des intervenants et des interventions

Un numéro unique accessible aux personnes âgées, à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels de santé en particulier libéraux est mis en place. Cette plate-forme d'information et d'orientation aide les professionnels à mieux organiser les offres de services proposées par les différentes structures à destination des personnes âgées : information sur les places en EHPAD, aides sociales, orientation vers une expertise géographique ... Cela facilite ainsi l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières.

Sécuriser la sortie de l'hôpital

Pour les séniors qui ont été hospitalisés, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) ou d'un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) et enfin transmission des informations au médecin traitant.

Eviter les hospitalisations inutiles

Dans le cadre de la démarche PAERPA des actions sont mises en place pour éviter le passage inutile aux urgences ; repérage et actions d'éducation thérapeutique, circulation d'informations entre professionnels, accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie.

Mieux utiliser les médicaments

La polymédication non justifiée étant très fréquente chez les personnes âgées, des actions de révisions d'ordonnances sont mise en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Initialement, le dispositif PAERPA avait été développé sur neuf territoires pilotes mais en 2016, afin de porter la logique du parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension par région a été programmée.

Même si la perte d'autonomie est de plus en plus retardée par la mise en place de dispositif comme la démarche PAERPA, certains séniors sont cependant touchés par une dépendance qui ne cesse de croître.

Et si cette dernière est provoquée par des causes que l'on peut compter aisément, les conséquences seront par ailleurs beaucoup plus nombreuses et ne toucheront pas que le patient.

1.2.7 Les multiples conséquences d'une perte d'autonomie

- Les conséquences de la dépendance sur le patient :

La dépendance provoquera l'arrêt de la vie à domicile au profit d'une vie en institution, en EHPAD (Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) pour la majorité des cas. Même s'il n'est que rarement fait on note ici l'importance de la préparation psychique et psychologique préalable à l'entrée en institution pour le futur résident. L'abandon du domicile sera donc une conséquence de la perte d'autonomie du résident.

Néanmoins, si la personne est suffisamment autonome pour rester chez elle, la dépendance imposera cependant la présence d'aidants au domicile, que ce soit des personnes employées à cela ou alors de la famille ou proches. Et lorsque la perte d'autonomie sera trop importante, des gestes de la vie quotidiennes comme la toilette ou prendre son repas devront être réalisés par des soignants.

Le fait d'être dépendant influe aussi grandement sur la vie affective de la personne. En effet en fonction de la personnalité le besoin d'aide sera vécu soit comme pénible voir gênant ou alors sera perçu comme une bonne intention.

- Conséquences de la dépendance sur l'entourage :

Les parents pourront alors occuper inconsciemment une place parentale vis-à-vis de leurs propres parents et on observera ainsi une modification du regard de l'entourage sur les résidents.

Il pourra aussi se produire 2 phénomènes inverses :

- Le surinvestissement qui peut résulter d'une demande excessive de la part des parents ou d'un besoin de bien faire de la part des enfants
- Le désinvestissement qui sera souvent la conséquence d'une trop grosse charge de travail

- Evaluation de la dépendance d'une personne âgée :

L'évaluation de la dépendance sera primordiale chez la personne âgée dans la mesure où elle permettra une estimation de plusieurs facteurs concernant l'individu.

- Evaluation de la personne :

Elle visera à analyser les déficiences et les incapacités de la personne et permettra d'établir un plan de soins pour limiter les inaptitudes, de communiquer avec les autres acteurs de santé s'il le faut. Par exemple un kinésithérapeute pourra aider à une rééducation fonctionnelle des membres et une orthophoniste sera la pour la rééducation de la parole.

Ainsi le test de Tinetti (14) est un moyen simple d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée est d'environ 5 minutes et le test est réalisé en plusieurs étapes. **Annexe 3**

L'évaluation de la personne permet aussi de suivre son évolution dans le temps savoir sa régression mais aussi sa progression suite à sa prise en charge par des professionnels de santé.

Evaluation de la charge de soins :

La dépendance chez les séniors nécessite une adaptation des soins chez la personne âgée car cette dernière n'aura pas les mêmes besoins qu'une personne autonome, les aides à la toilette ou à l'alimentation seront privilégiés.

Evaluation du coût de la dépendance :

La dépendance engendra un coût en aide technique, qui sera un coût direct assez facile à évaluer. Néanmoins l'estimation des coûts indirects sera plus difficile à apprécier. Il y aura tout d'abord le retentissement de la dépendance sur les familles, qu'il soit moral ou matériel puis l'évaluation des aides humaines impliquant des soignants extérieurs.

Les coûts de santé seront à la charge de l'Assurance Maladie donc du ressort de l'Etat mais les coûts sociaux seront par contre à la charge du sujet âgé ou de sa famille ou à défaut, d'une aide sociale.

Instruments d'évaluation de la dépendance

La détermination des instruments d'estimation de la dépendance seront choisis en fonction de la qualité de leur évaluation et du but de l'évaluation.

On retrouvera dans la majeure partie des cas l'Echelle des Activités de la Vie Quotidienne ou A.D.L (Activities of Daily Living). Cette grille comme explicitée plus haut, est simple et rapide à renseigner. Elle est considérée comme une référence dans la littérature internationale.

Ensuite, pour évaluer les activités quotidiennes qui nécessitent une action cognitive on utilisera l'Echelle des Activités instrumentale de la vie quotidienne ou I.A.D.L. Elle permettra ainsi d'évaluer la capacité à utiliser un téléphone, de faire les courses, de gérer un budget ou encore de prendre un traitement médicamenteux.

Tout ceci démontre que l'évaluation gériatrique doit être globale car elle sera le seul témoin de la diminution des capacités fonctionnelles et du progrès de la personne âgée. Ainsi l'évaluation gériatrique devra intégrer des domaines d'interventions tels que le dépistage des

détériorations intellectuelles, des déficiences sensorielles, des pertes de l'équilibre avec risque de chute ...

Dans tous les cas l'évaluation d'une dépendance sera un tournant évolutif majeur au cours de la vie du sujet âgé. La nécessité d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne imposera soit la mise en place d'aide à domicile, soit le cas échéant le changement du lieu de vie pour aller dans un établissement plus adapté aux besoins de la personne.

3) L'EHPAD

Le vieillissement démographique, est une situation dans laquelle le pourcentage de personnes de plus de 65 ans croît d'année en année. Actuellement ce vieillissement va avoir pour effet d'augmenter le rapport de dépendance démographique à savoir le nombre de personnes supposées dépendre des autres pour leur vie quotidienne. A aujourd'hui l'Etat français se trouve dans cette position et met donc en place des systèmes pour pallier à cette augmentation de personnes âgées en perte d'autonomie. Les EHPAD se sont donc imposés comme des structures d'appui indispensables tant la demande est conséquente ; en 2015 environ 730 000 personnes vivaient dans un établissement médicalisé. (15)

Cette demande se fait d'autant plus pressante que les résidents à l'autonomie réduite sont de plus en plus nombreux et dépendants. En effet, la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques du ministère de la santé (DREES) (15) souligne que 91% des résidents en EHPAD sont GIR 1 à 4. Le GIR étant le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation de la grille AGGIR. Il existe 6 niveaux de perte d'autonomie, le GIR 1 étant le plus fort et le GIR 6 la dépendance la plus faible.

Le choix d'une maison de retraite ou d'une résidence pour personne âgée dépendra donc de plusieurs points : l'état de santé, la situation familiale, la situation géographique et enfin les revenus.

1.3.1 Les EHPAD

Les EHPAD ou Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont les lieux de vie accueillants actuellement le plus de seniors et sont définies comme des maisons de retraite médicalisées. La création d'un EHPAD est soumise à l'accord du président du Conseil Général et du préfet du département, ainsi qu'à la signature d'une convention tripartite d'une durée de 5 ans, entre l'établissement, le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé. La signature de cet accord permettra à l'établissement de bénéficier de subventions.

Ce contrat aura donc pour signification :

- le respect d'un cahier des charges assurant la qualité des soins
- la délivrance d'un contrat de séjour et d'un livret d'accueil
- la mise en œuvre d'évaluations internes et externes

Les EHPAD proposeront des services en contrepartie d'un forfait payé chaque mois par le résident ou sa famille. L'accompagnement sera global et comprendra :

- un logement au sein de la structure avec une chambre et une salle de bain
- un service de restauration avec les repas servis à heures fixes
- des activités physiques, thérapeutiques ou instructives
- une prise en charge médicale et psychologique

Cette prise en charge se fera par l'équipe médicale qui sera composée, d'infirmières, d'aides-soignantes, de psychologues, de médecins traitants, d'un médecin coordonnateur et parfois de gériatres.

1.3.2 Réorganisation des EHPAD et amélioration de la qualité des soins en établissement

La réforme de la tarification des EHPAD (16), mise en œuvre depuis janvier 2017 a pour objectif d'augmenter les moyens donnés aux EHPAD pour améliorer les soins et la prise en charge dans ces lieux de vie. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, aujourd'hui les sujets âgés sont de plus en plus dépendants et atteints de maladies chroniques et neuro-dégénératives, imposants une forte dépendance à l'équipe médicale. L'enjeu actuel est donc une prise en charge de qualité assurant une sécurité optimale tout en garantissant des conditions de travail idéales à l'équipe soignante. 430

millions d'euros seront donc injectés dans le financement de ce projet sur une durée de 5 ans, soit de 2017 à 2023. La norme de financement sera de telle sorte que la seule variable du forfait tarifaire sera l'état de santé et de dépendance des résidents. Ce nouveau modèle de tarification fonde donc l'allocation des ressources en fonction des besoins des résidents.

Face à la très forte demande actuelle de demande de logement en EHPAD et au malaise exprimé par les professionnels de santé, des mesures d'urgences ont été mises en place. Elles ont été exprimées dans la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et, comme dit précédemment, des crédits supplémentaires ont été mobilisés en 2018 afin d'apporter le meilleur soin aux personnes résidant en établissement, cela permettra ainsi d'améliorer la situation financière des EHPAD en difficulté.

Plusieurs décisions ont été mises en place.

Garantie des ressources des établissements d'hébergement pour personnes âgées

La réforme des tarifs et dépendance des EHPAD a préoccupé les professionnels de santé sur le plan économique. Le ministre s'est donc engagé à ce que leurs ressources financières soient maintenues au minimum à la hauteur des années précédentes pour l'année 2019. Cette mesure concerne 47 millions d'euros sur l'enveloppe totale allouée à la réforme de tarification des EHPAD. Des travaux ont été engagés avec les fédérations représentant les EHPAD et l'Assemblée des départements de France, pour permettre aux départements de fixer un tarif dépendance plus adapté aux besoins des EHPAD de leur territoire.

Augmenter le nombre de soignants auprès des résidents

La montée en charge de la réforme de la tarification des soins dans les EHPAD, issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et qui permet d'augmenter en moyenne les financements destinés aux soins, était prévu jusqu'en 2023. Cependant, afin de renforcer rapidement la présence de personnel soignant au sein des EHPAD, l'ensemble des établissements mettront en place la nouvelle tarification, ce qui représentera un effort supplémentaire de 143 millions d'euros.

Assurer une présence médicale la nuit en établissement

Afin de réduire les hospitalisations en urgences qui pourraient être évitables et qui ont un grand impact négatif sur l'état de santé des personnes âgées, le personnel des EHPAD pourra faire appel à une astreinte infirmière mutualisée entre plusieurs établissements d'un même territoire. Au total sur 3 ans, 36 millions d'euros seront consacrés à la généralisation de ce dispositif infirmier : 10 millions d'euros en 2018, 10 millions d'euros en 2019 et 16 millions d'euros en 2020.

Améliore la coordination des soins en établissement

Les missions du médecin coordonnateur seront amenées à évoluer et les instances de coordination entre les professionnels de santé de l'EHPAD, de la ville et de l'hôpital ont été renouvelées à la suite de concertations en Juin 2018.

Accompagner la modernisation et les investissements

Afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins sous l'égide du médecin coordonnateur, l'Etat versera 40 millions d'euros sur 2 ans (20 M€ en 2018 et 20 M€ en 2019). Effectivement, ce budget permettra de rémunérer dans certains EHPAD des médecins généralistes, des auxiliaires médicaux et de couvrir des dépenses liées aux actes de laboratoire et de radiologie.

Ensuite, afin de poursuivre les efforts de rénovation du cadre de vie des résidents en EHPAD, l'Etat finance un plan de soutien d'investissement qui a commencé début 2019 et qui se développera avec 100 millions d'euros par an. (21)

1.3.3 Les aides de financement des EHPAD

De ce fait, combien coûte à aujourd'hui un hébergement en EHPAD ? La médiane sera de 1913 euros pour les EHPAD ouverts entre 1971 et 1990, de 2071 euros pour ceux ouverts entre 1991 et 2000 et enfin de 2173 euros pour ceux ouverts après l'an 2000. Il est à noter que plus l'EHPAD est récent, plus le prix médian pour un hébergement dans une chambre seule est élevé. (17)

Ainsi, pour soutenir les personnes âgées aux faibles ressources, la loi prévoit des aides de financement facilitant leur prises en charge, autant à domicile qu'en établissements médicalisés.

a) L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'aide sociale vient en aide aux personnes âgées ne disposant pas des ressources nécessaires pour assumer les frais dus à l'hébergement en EHPAD. Il faut donc remplir certaines conditions pour bénéficier de cette aide :

- être âgé de 65 ans ou plus (60 ans si inaptitude au travail)
- être dépourvu des ressources suffisantes pour assumer le coût d'un hébergement même avec l'aide des obligés alimentaires
- être résident français et de nationalité française ou pour les étrangers, détenir un titre de séjour valable.

L'attribution et le montant des aides sociales dépendent uniquement de la situation personnelle du demandeur. Une enquête est menée par la commission départementale de l'aide sociale et déterminera en fonction des appréciations suivantes le montant de l'aide :

- la participation du bénéficiaire ; 90% de ses revenus seront affectés au paiement de ses frais
- la contribution des éventuels obligés alimentaires
- le montant des frais d'hébergement de l'établissement

En contrepartie, 90% des ressources du résident seront récupérées par le département qui devra laisser à disposition un minimum au senior qui ne pourra être inférieur 96 euros par mois.

b) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA est une allocation personnalisée d'autonomie qui est une aide départementale destinée aux personnes de 60 ans et plus. C'est un droit universel qui concernent tous les seniors quel que soit le montant de leurs revenus.

L'APA constitue la plus grande part de l'aide sociale aux personnes âgées dépendantes à savoir évaluées GIR 1 à GIR 4. Elle permet en effet d'établir un plan d'aide personnalisé pour financer des services d'aide de prise en charge en fonction du degré de perte d'autonomie et des ressources du bénéficiaire. Les seniors étant GIR 5 à GIR 6, vivant à leur domicile, et ne répondant donc pas aux critères de l'APA se verront quand même proposer une aide ménagère sous réserve d'avoir des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne.

Le GIR (Groupe Iso Ressource) qui correspond au niveau de perte d'autonomie de la personne, permettra de déterminer le niveau d'aide requis pour le sujet âgé ainsi que le montant alloué pour cette aide. De ce fait le calcul du montant de l'APA ou des aides des caisses de retraite dépend du niveau GIR dans la grille AGGIR.

Les différents groupes GIR de la grille AGGIR et ce qu'ils impliquent		
Groupe GIR	Besoin d'aide	Droit à l'APA
GIR 1	Présence continue nécessaire	Oui
GIR 2	Assistance requise dans la plupart des activités de la vie quotidienne ou surveillance permanente	Oui
GIR 3	Aide pour les soins corporels, plusieurs fois par jour	Oui
GIR 4	Aide pour la toilette et l'habillage, ou aide pour les soins corporels et les repas	Oui
GIR 5	Aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage	Non
GIR 6	Personne autonome	Non

Figure 9 : Tableau représentatif des différents GIR et de leur implication

A qui s'adresse l'APA ?

Pour être éligible à cette aide le demandeur doit présenter les conditions suivantes :

- Avoir au moins 60 ans
- Résider en France
- Se trouver dans l'incapacité d'assumer les conséquences d'une perte d'autonomie

Elle s'adressera à toute personne âgée dépendante, qu'elle réside à son domicile, en famille ou dans un établissement spécialisé comme un EHPAD.

Le degré de dépendance sera évalué à l'aide d'un outil national qui n'est autre que la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources).

La grille AGGIR déterminera au travers d'une série de questions l'appartenance du senior à l'un des 6 groupes GIR comme énoncé ici.

L'évaluation de la grille AGGIR se fait sur la base de dix critères relatifs à la perte d'autonomie psychique et publique. Seules ces 10 variables discriminantes sont utilisées pour déterminer les GIR :

- Cohérence : conserver ou se comporter de façon censée
- Orientation : se repérer dans le temps et dans l'espace
- Toilette : se laver seul
- Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter correctement
- Alimentation : manger des aliments préparés
- Elimination : Assumer l'hygiène urinaire et fécale
- Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir
- Déplacements l'intérieur : mobilité spontanée compris avec un appareillage
- Déplacements à l'extérieur : se déplacer partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
- Communication distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme

Ainsi en 2014, 1.4 millions de personnes ont bénéficié des aides sociales par département et l'APA représentait les 9/10^{ème} de ces aides. Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement médicalisé, 60% étaient classés GIR 1 ou GIR 2 ce qui représente un nombre important de sujets polymédiqués et dépendantes. (18)

1.3.4 Renforcement de la place du médecin coordonnateur en EHPAD

Les pathologies de ces résidents en EHPAD nécessitent donc la présence de médecins au sein de ces lieux de vie. Or même si elle est obligatoire, leur présence est restreinte et leur statut n'est pas clair. Effectivement, le médecin coordonnateur doit gérer l'équipe soignante mais ne pourra prescrire que dans certains cas très précis comme les cas d'urgence, de risque vitaux ou de la survenue de risques exceptionnels.

Ce sera le médecin coordonnateur qui assurera l'encadrement médical de l'équipe soignante. Il aura ainsi plusieurs missions ; (19)

- Elaborer avec l'aide de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement
- Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution
- Présider la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission a lieu au minimum deux fois par an et le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement les difficultés dont il a connaissances et liées au dispositif de permanence des soins.
- Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et formule toute recommandation utile dans ce domaine tout en contribuant à l'évaluation de la qualité des soins

- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. Il élaborera ainsi une liste par classe de médicaments à utiliser préférentiellement en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le cas échéant avec le pharmacien chargé de la gérance de la PUI
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
- Elabore un dossier type de soins
- Etablit avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport trace les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents de l'EHPAD
- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins
- Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés
- Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques
- Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence, de risques vitaux et lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins

- Elabore après avoir évalué les risques et bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale les mesures particulières garantissant l'intégrité physique et la sécurité du résident ainsi que le soutien de l'exercice de sa liberté d'aller et venir.

Ainsi dans la réalité le statut du médecin coordonnateur est complexe car sa présence est à temps partiel mais il doit quand même être en mesure de répondre aux besoins vitaux des résidents. C'est pour cela qu'au printemps 2018, une proposition de loi présentée par une députée des Alpes-Maritimes a été proposée afin de renforcer les pouvoirs du médecin coordonnateur en EHPAD.

L'article 1^{er} de cette proposition modifie le code de l'action sociale et des familles car il vise dans un premier temps à donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur de l'EHPAD. La coordination sera donc facilitée et cela évitera les risques de polymédication. Cependant si un sujet âgé de l'établissement souhaitait conserver pour médecin prescripteur son médecin traitant, cela sera tout à fait possible et le médecin coordonnateur ne pourra alors prescrire que dans des cas d'urgence. L'article L 314-12 (20) énonce clairement cela : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou plusieurs résidents comme médecin traitant ».

L'article 2 de cette proposition consiste à renforcer la présence du médecin coordonnateur au sein des EHPAD. Cette présence irait de :

- 0,55 équivalent temps plein (ETP) pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places
- 0,70 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places
- 0,80 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places
- 1 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places
- 2 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est supérieure à 200 places

Le médecin coordonnateur disposera de ce fait de davantage de temps auprès des résidents pour réaliser ses prescriptions et aura la qualité de médecin traitant. Il pourra de ce fait, élaborer une liste par classes pharmaco-thérapeutiques, des médicaments à utiliser préférentiellement en collaboration avec les médecins traitants.

II. ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

1) LA POLYMEDICATION

2.1.1 L'environnement actuel

Actuellement, l'espérance de vie à la naissance atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2018 en France métropolitaine selon l'Insee. Au cours des 60 dernières années, les hommes et les femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne. Mais cette décennie et demi d'années de vie gagnées s'accompagne inéluctablement de maladies liées à la vieillesse à savoir les maladies chroniques.

Une maladie chronique ou affection longue durée sera pour la majorité des cas indissociable d'un traitement au long court. Mais à aujourd'hui, selon les sources de la Open Health Company (22), un constat alarmant est fait : les séniors de plus de 65 ans consomment en moyenne 7 à 14 médicaments par jour ! Quand on sait qu'il faut une gorgée d'eau pour avaler un comprimé et qu'un verre d'eau classique représente 125 ml soit environ 5 gorgées, prendre son traitement quotidien pour une personne âgée polymédiquée revient donc à boire entre 1 verre à 2 verres d'eau avant de commencer un repas. Les séniors étant des personnes pour la plupart fragiles avec un manque d'appétit, boire cette quantité d'eau avant de commencer un repas aura comme effet délétère de donner une sensation de satiété avant même d'avoir commencé à manger et ainsi d'aggraver l'état de malnutrition dont sont souvent victimes les sujet âgés.

Cet exemple n'est qu'un parmi tant d'autres sur les conséquences néfastes d'une polymédication chronique. Mais qu'est-ce que la polymédication ?

La polymédication est l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ici définie comme la moyenne du nombre total de médicaments remboursés sur 1 mois supérieur ou égal à 5. La polymédication sera dite excessive si elle est supérieure à 10 médicaments.

Depuis quelques années la Haute Autorité de Santé (HAS), tente d'améliorer la détection et la prise en charge de la fragilité des personnes âgées et l'un de ces axes de travail est la simplification du traitement médicamenteux des seniors par la réduction de la polymédication. En effet, cette dernière expose à un risque important d'effets secondaires mais aussi de prescriptions potentiellement inappropriées ou PPI. Ce sont des médicaments qui présentent un risque bien établi d'effets indésirables chez la personne âgée ou bien des médicaments dont l'efficacité est discutable, ils seront référencés dans la liste de Laroche.

2.1.2 Des répercussions capitales mais trop peu connues

En 2016, une étude sur la révision des ordonnances à rallonge chez les seniors de plus de 65 ans, a été menée par l'institut de sondage Open Health. L'objectif était double :

- identifier le nombre de sujets âgés polymédiqués en considérant comme critère de polymédication le fait d'avoir eu sur 3 mois consécutifs au moins 7 médicaments différents dispensés dans la durée.
- Caractériser la polymédication ainsi que les risques encourus à travers ces délivrances.

a) Différents médecins prescripteurs

Sur les 449 000 patients ayant fait l'objet de l'étude, 159 292 d'entre eux ont été identifiés comme sujet à une polymédication, ce qui représente 34% de seniors polymédiqués dans cet échantillon représentatif de la population française. L'analyse des prescriptions montre que près de la moitié d'entre eux ont des prescriptions d'au moins 3 médecins différents et ils sont seulement 16% à n'avoir de prescriptions que d'un seul médecin.

Ces chiffres attestent de la difficulté à ce qu'un médecin puisse centraliser l'information et donc avoir un regard médical pertinent avec toutes les informations sur les traitements du patient. Pour 84% des patients, le médecin traitant n'est pas le seul prescripteur. Cela implique que s'il n'y a pas de concertations entre les différents médecins quant à la prescription, un risque supplémentaire d'iatrogénie entre en jeu et cela pose la question de la coordination des soins entre les différents professionnels de santé.

b) Une disparité médicamenteuse importante et un Service Médical Rendu trop faible

En moyenne, 14,4 médicaments différents en 3 mois seront consommés par les sujets de l'étude, sachant que le minima était de 7 et le maxima de 58 ! De nombreuses classes thérapeutiques seront utilisées dans les prescriptions chez le sujet âgé, à savoir : les médicaments du système cardio-vasculaire, du système nerveux, les laxatifs ...

Le Service Médical Rendu (SMR) est un critère prenant en compte plusieurs aspects du médicament. Il considère premièrement la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué, puis les données propres au médicament lui-même dans une indication donnée :

- Efficacité et effets indésirables
- Place dans la stratégie thérapeutique et existence d'alternatives thérapeutiques
- Intérêt pour la santé publique

En fonction de l'évaluation de ces critères plusieurs niveaux de SMR seront définis :

- SMR majeur ou important
- SMR modéré ou faible justifiant cependant le remboursement
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité

Le SMR d'un médicament est mesuré à un moment donné, il peut évoluer dans le temps et son évaluation se modifier notamment lorsque des données nouvelles sur son appréciation voient le jour.

Ainsi, parmi les médicaments qui possèdent un SMR faible et étant de ce fait remboursés qu'à une hauteur de 15% laissant à l'assuré une part de 85% à régler, on retrouve bon nombre de traitements prescrits très souvent chez les personnes âgées. Parmi eux on retrouve :

- Lormétazépam (ou Noctamide) : Hypnotique
- Zopiclone (Imovane) et Zolpidem (Stilnox) : Hypnotique
- Bicarbonate de sodium (Gaviscon) : Anti-acide d'action locale
- Lamaline : Antalgique opiacé

De cette manière on sait que plus d'1 médicament sur 10 consommé par cette population présente un Service Médical Rendu faible. L'étude a également permis de mesurer la

proportion des médicaments prescrits délivrés selon le taux de leur vignette soit une prise en charge par le régime obligatoire à hauteur de 0%, 15%, 30%, 65% ou 100%.

Ce premier graphique témoigne du fait que les médicaments totalement déremboursés par l'Assurance Maladie avec un SMR jugé insuffisant représentent au final 5% des médicaments dispensés, 6% auront un SMR faible et seulement 1% un SMR majeur ! Par ailleurs les traitements au SMR faible seront prescrits dans 95% des cas, ce qui signifie que sur 100 ordonnances de plus de 5 lignes de traitements, 95 auront au moins un médicament jugé non assez efficace ou porteur de trop d'effets indésirables. (23)

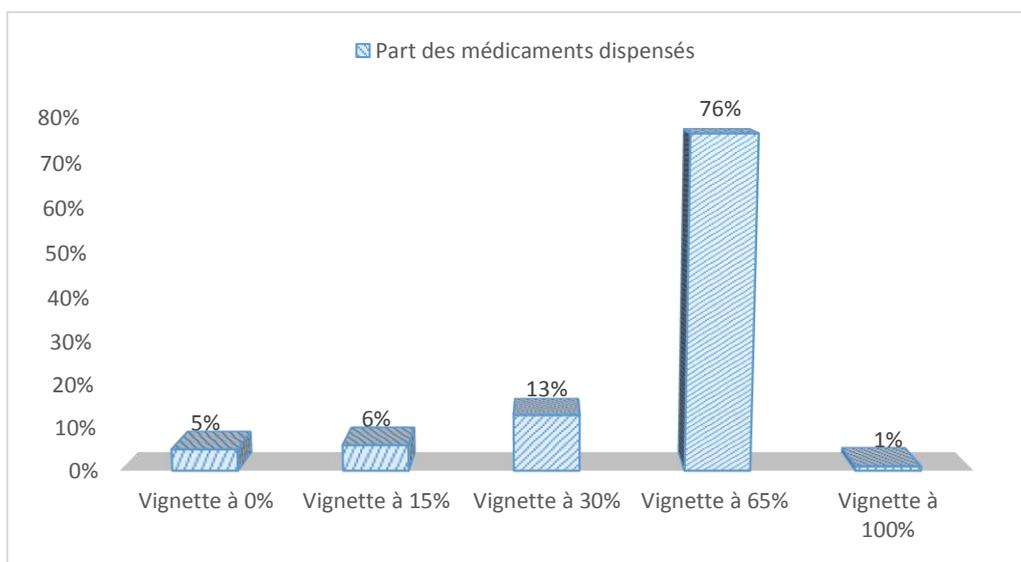


Figure 10 : Part des médicaments dispensés en fonction de leur SMR chez les plus de 75 ans

Ainsi alors que les colonnes du graphique représentant les traitements remboursés à 65 et 100% devraient être majoritaires, on réalise ici qu'un grand nombre de médicaments sont peut être prescrits sans justification légitime. En effet, 24% des traitements présentent un SMR faible, insuffisant ou nul.

c) Des associations médicamenteuses à risque

L'analyse des situations de polymédication à risque a montré que 89% des sujets de la cohorte étaient porteurs d'une combinaison à risque dans leur traitement, ce qui représente près de 9 patients sur 10 et seulement 0,5% ne sont confrontés à aucun risque iatrogénique grave.

Les situations les plus fréquemment rencontrées : (22)

- 62% de la cohorte consomment des antihypertenseurs qui comportent plusieurs classes thérapeutiques : inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs calciques, diurétiques, bêtabloquants ... Ce sont des médicaments dont la prescription doit être complétée par des règles de surveillance accrue. La prise d'un antihypertenseur sert par définition à diminuer la tension. Mais une posologie non adaptée ou une mauvaise tolérance de la part du patient peut amener à une hypotension orthostatique qui sera à l'origine de chutes et de malaises chez la personne âgée. Ainsi près de 2 tiers des personnes de plus de 75 ans sont susceptibles de chuter de par leur traitement.
- 61% des patients consomment des IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons) : Oméprazole, Lansoprazole, Rabéprazole ... Ces spécialités ont 3 indications principales : traitement du reflux gastro-oesophagien(RGO) et de l'œsophagite par RGO, prévention et traitement des lésions gastro-duodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque, éradication d'*Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastro-duodénaux. Or, un nombre important de prescriptions d'IPP sont faites dans des situations hors AMM et l'on retrouve 2 cas majeurs injustifiés : les dyspepsies fonctionnelles et la prévention des lésions gastro-duodénales dues aux AINS chez des patients non à risque. Cependant, une consommation inappropriée peut provoquer une mauvaise absorption des nutriments, de graves diarrhées et donc déshydratation ainsi que des carences et des fractures. Ces faits paraissent alarmants quand on sait qu'entre l'année 2010 à 2011 il y a eu une hausse de 11,2% de prescription d'ésoméprazole (Inexium).
- 47% soit près de la moitié des patients de la cohorte se voit prescrire des benzodépines qui sont des psychotropes possédant plusieurs propriétés : sédatives, anxiolytiques, myorelaxantes ... Si elles ont de nombreuses indications, leur utilisation

chez la personne âgée reste cependant très controversée dans la mesure où elles peuvent induire des risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chutes et d'addiction.

2) IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

2.2.1 Qu'est-ce que la iatrogénie médicamenteuse ?

D'après l'HAS (Haute Autorité de Santé), ce sont les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé (24). C'est un problème de santé publique et tout particulièrement chez les personnes âgées car ces dernières sont considérablement exposées au risque de iatrogénèse médicamenteuse. Les études ont montrées que les effets indésirables sont en moyenne deux fois plus fréquents chez les sujets de plus de 65 ans et que 10 à 20% de ces effets conduisent à une hospitalisation. De plus 30 à 40% de ces effets délétères sont prévisibles et évitables.

Ils seront le plus souvent la conséquence d'une erreur thérapeutique comme :

- Mauvaise indication
- Non-respect des contre-indications
- Posologie excessive
- Traitement trop prolongé
- Mauvaise observance
- Automédication inappropriée chez des patients polymédiqués et fragiles

2.2.2 Prévention des évènements indésirables graves

Un effet indésirable grave est une conséquence qui va donner lieu à une ou plusieurs répercussions suivantes :

- Décès
- Mise en jeu du pronostic vital
- Incapacité significative
- Prolongation d'hospitalisation

- Malformation congénitale

Ils sont relativement très présents chez les personnes de plus de 75 ans ou les sujets de 65 ans et plus polymédiqués. En effet, une étude française nationale (25), a réalisé une étude prospective multicentrique observationnelle dans les services de court séjour sur une période de 14 jours pour :

- Estimer l'incidence des hospitalisations dues à un Effet Indésirable (EI)
- Estimer la proportion des EI évitables

Elle s'est basée sur 63 services participants avec au total 2692 patients inclus.

	Taux d'incidence (%)	IC95%
< 16 ans	1,35	{0,54-2,78}
16-64 ans	3,29	{2,40-4,18}
> 64 ans	4,91	{3,78-6,03}

Figure 11 : Taux d'incidence des d'hospitalisations dues à un EI en fonction de la tranche d'âge

Ainsi, même si le taux d'incidence dans la population générale est de 3,6%, il avoisine les 5% pour la tranche d'âge des personnes âgées.

Si on réalise une extrapolation nationale, le nombre d'hospitalisations annuelles pour un effet indésirable sera de 143 915. En prenant en compte le fait qu'en 2017, il y a eu 12,7 millions de personnes hospitalisées alors chaque année environ 1,14% des hospitalisations sont dues à la conséquence d'un effet indésirable grave.

a) Une marge de progression manifeste

32 % des EI sont évitables et 16% sont potentiellement évitables. En 2016, l'Agence Nationale du Médicament et des produits de Santé (ANSM) a rendu un rapport d'activité (26) indiquant au nombre de 55 761 le nombre de déclarations d'effets indésirables dont 29 963 cas d'effets indésirables graves. Ainsi un peu moins de 10 000 cas, 9588 exactement ont une imputabilité évitable et auraient pu être contourné.

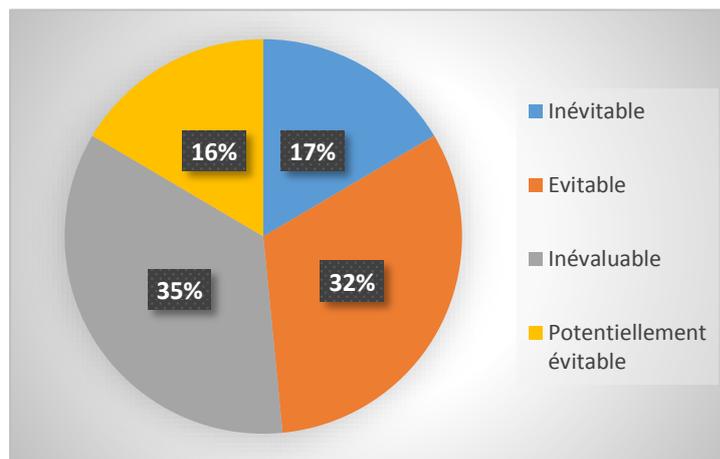


Figure 12 : Caractéristiques de l'origine des effets indésirables

Les différents EI n'ont cependant pas de différence selon le genre mais seront plus nombreux chez les personnes les plus âgées. En premier lieu, on retrouve les affections vasculaires (20,6%) puis les affections du système nerveux (11,3%) puis les affections gastro-intestinales (9,3%) ...

b) Prévenir les effets indésirables graves

La gestion des erreurs liées au médicament et donc des effets indésirables fait partie des priorités de la HAS. Ces erreurs sont de deux natures, il y a d'une part les EI du médicament, provoqués par un médicament pris seul ou en association avec d'autres pouvant donner des interactions médicamenteuses et d'autre part les erreurs médicamenteuses soit celles consécutives à l'organisation de la prise en charge du médicament. De ce fait cette dernière est évitable car elle est le résultat de ce qui aurait dû être fait mais qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle concernera une ou plusieurs étapes du

circuit du médicament à savoir, la prescription, la dispensation, la préparation, la délivrance ou l'administration.

Selon le guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM, 50% des EIG ont pour origine une erreur médicamenteuse et près de 60% des erreurs médicamenteuses déclarées sont des erreurs d'administration. Ainsi 3 caractéristiques peuvent être améliorées afin d'éviter ceci.

Premièrement, l'interruption de tâche est l'une des causes d'erreurs d'administration (28) . On note 6,7 interruptions de tâches par heure et par infirmière en moyenne. L'interruption de tâches est définie comme « *une interruption non prévue et non planifiée de l'exécution d'une activité humaine initiée par une source interne ou externe au destinataire* ». Or les interruptions de tâches ne sont pas compatibles avec le travail en équipe qui s'appuie principalement sur la coordination et la communication entre les différentes personnes de l'équipe. Les sources d'interruptions sont nombreuses : échanges entre professionnels, demande de la part du patient, appels téléphoniques ou encore activités multitâches. Ainsi certaines actions, comme le blocage du téléphone, une salle entièrement dédiée à la préparation des piluliers ou encore un minimum de personnes présentes dans la salle de préparation des piluliers, ont prouvé leur efficacité pour diminuer les erreurs médicamenteuses.

Ensuite en l'absence de conciliation médicamenteuse à l'admission, le taux d'erreurs médicamenteuses qui pourrait avoir de graves conséquences cliniques pour le patient, est de 5%. La conciliation médicamenteuse est un processus qui consiste à prendre en compte tous les traitements pris et à prendre par le patient. Elle associe donc le patient à son traitement et repose sur une prise en charge pluri-professionnelle.

Et enfin, 80% des décisions de certifications des établissements de santé touchent à la prise en charge du médicament. Au travers de la certification, la HAS intègre la prise en charge médicamenteuse. Ainsi lors de la visite des experts pour acquérir l'accréditation, ces derniers s'assureront :

- Que l'établissement de santé dispose d'une politique de management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Qu'il intègre dans son système d'information un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Qu'il mène régulièrement des actions de sensibilisation et de formation aux erreurs médicamenteuses.

2.2.3 La surveillance des effets indésirables chez les personnes âgées

La survenue des effets indésirables sont liés : à l'âge, au contexte socio-environnemental, à une mauvaise utilisation des traitements ou encore au traitement lui-même. La personne âgée étant par définition un sujet de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polymédiqués, sera inévitablement soumise au vieillissement de l'organisme et donc aux conséquences qui en découlent. (27)

a) Paramètres pharmacocinétiques :

- Réduction de la fonction rénale : la posologie des médicaments à élimination rénale doit donc être adaptée au débit de filtration glomérulaire
- Hypoprotidémie et Hémococoncentration chez les patients dénutris : risque potentiel de surdosage des médicaments fortement fixés aux protéines plasmatiques.
- Perte ostéo-musculaire et gain adipeux : volumes de distribution modifiés
- Modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique : peut entraîner une plus grande sensibilité aux médicaments agissant sur le système nerveux.

b) Paramètres pharmacodynamiques :

- Le vieillissement du cœur peut entraîner une plus grande sensibilité à certains médicaments
- La fragilité osseuse nécessite de surveiller particulièrement le risque d'hypotension orthostatique liée à certains médicaments

Ainsi, quel que soit le profil du risque et les classes thérapeutiques utilisées, il y aura 3 surveillances primordiales à effectuer chez la personne âgée.

Surveillance clinique : poids, pression artérielle, fréquence cardiaque

Surveillance biologique : ionogramme sanguin, créatinémie, clairance créatinémie

Surveillance psychique : Autonomie de la personne, bon état psychique, capacité à prendre seul(e) ses traitements

2.2.4 Le bon usage du médicament

Tout médicament est une substance qui contient un principe actif et des excipients. Une fois ingéré ou injecté, il aura une action sur l'organisme non négligeable, c'est pourquoi il convient de respecter certaines règles de bon usage du médicament pour éviter tout risque iatrogénique médicamenteux. (29)

- 1) Respecter la prescription : posologie, heure de prise, durée de traitement
- 2) Avoir une bonne observance sur son traitement
- 3) Etre conscient que tout traitement n'aboutit pas spécialement à une prescription
- 4) Rester attentifs aux éventuels effets secondaires
- 5) Opter pour une automédication responsable en demandant conseil à son pharmacien
- 6) Informer le médecin à chaque consultation de tous les médicaments en cours de prise
- 7) Ne jamais interrompre un traitement sans l'avis préalable du médecin
- 8) Signaler tout évènement pouvant modifier l'efficacité ou la tolérance d'un traitement : hospitalisation, infection ...

Pour essayer de respecter au maximum ces 8 règles de bon usage du médicament, le Dossier Pharmaceutique est un atout précieux. En effet, ce dossier informatique créé en pharmacie après l'accord du patient permet d'avoir accès à la liste des médicaments dispensés dans d'autres pharmacies ou à l'hôpital dans les 4 derniers mois. Ainsi le pharmacien peut prévenir le patient en cas de risque ou informer le médecin traitant afin de modifier si nécessaire le traitement. Le dossier pharmaceutique est gratuit, il peut être ouvert par tout pharmacien avec la carte vitale du patient et son accord.

Les faits rapportés qui suivent sont un exemple d'iatrogénie médicamenteuse vécu par un patient que j'ai rencontré lors d'un de mes stages hospitaliers et qui aurait pu être évité avec le Dossier Pharmaceutique.

Monsieur X arrive pour une hospitalisation en hépato-gastro-entérologie suite à une hémorragie intestinale avec un INR à 7. Le rapport complet de ses ordonnances nous indique qu'il est sous Préviscan mais aucun autre traitement ne permet de faire le lien avec une interaction possible qui aurait pu entraîner un surdosage d'anticoagulant. On note cependant un traitement à la colchicine. Nous l'interrogeons donc sur la pathologie qui en découle. Monsieur X se rappelle soudain que son traitement pour la goutte a été modifié récemment par son néphrologue. Il n'est plus sous Colchicine mais prend maintenant de l'allopurinol. Ce dernier est un inhibiteur enzymatique de la Fludionone et c'est donc cette association qui a provoqué un excès de Préviscan amenant à une hémorragie.

3) REGULATION MEDICO-ECONOMIQUE ET COORDINATION RENFORCEE POUR LA SECURITE DU RESIDENT

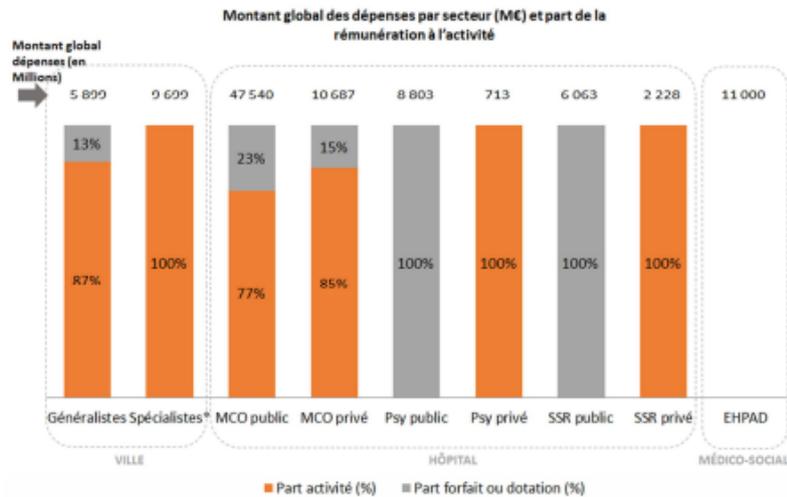
2.3.1 Déploiement et Réorganisation des soins grâce à la stratégie nationale : Ma Santé 2022

La stratégie « Ma santé 2022 » annoncée en septembre 2018 par le président de la République Emmanuel Macron (30), propose une vision d'ensemble et des réponses complètes face aux défis auxquels est confronté le système de santé actuel. Si des mesures seront prises comme des appels chez les professionnels de santé à mieux coopérer entre eux, on note surtout un grand changement dans les modes de financement et de régulation des soins pour les français.

En effet, dirigé par Jean-Marc Aubert le directeur de la DREES ou Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des statistiques, cette étude vise à travers différents domaines et mesures une évolution progressive des modes de financement au cours des 3 prochaines années.

Actuellement les modes de financement assurent une bonne productivité mais ne permettent pas de discriminer la qualité des soins effectuée par le médecin ainsi que d'assurer une continuité de soins aux patients. En effet, la France est l'un des seuls pays européens à

effectuer une tarification à l'acte dans la majeure partie des soins. Le tableau ci-dessous référencé dans le Rapport final Ma santé 2022, Stratégie de transformation du système de santé, partie Mode de financement et régulation, atteste de la grande majorité du principal outil de financement à savoir la tarification à l'acte.



Ce qui pose problème aujourd'hui est que ces modes de financement tiennent trop peu compte de la qualité et de la pertinence des soins pouvant amener à la réalisation d'actes non pertinents voir inutiles amenant à des dépenses inutiles. De plus la tarification à l'acte n'est pas favorable à la coordination entre les professionnels de santé pour le parcours de soins d'un patient, ni à la prévention secondaire et tertiaire dans le cadre de maladies chroniques. Les nouvelles mesures doivent être pensées dans l'intérêt du patient.

Ainsi, le 29 Janvier 2019, Jean-Marc Aubert et son équipe ont remis à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, un rapport (31) plaidant pour une plus large place à la rémunération forfaitaire et à la qualité des soins s'articulant en 5 mesures principales. La transformation installée sur 5 ans conduirait à dépenser autrement plus de 10 milliards d'euros et à réduire la part de la T2A (Tarification à l'activité) de 13% soit passer de 63% actuellement à 50%.

a) Le paiement au suivi : objectif 6% des dépenses en 2022

C'est le mode de financement le plus adapté à la prise en charge des maladies chroniques. Ce dernier représente un peu moins de 2 tiers des dépenses de l'assurance maladie alors qu'elles ne concernent qu'un tiers des malades. L'objectif sera « d'inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et sur les résultats obtenus bien plus que sur le nombre d'actes ou de séjours réalisés ».

Ainsi, les professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, toucheraient un forfait global pour la prise en charge d'un patient et de sa pathologie chronique. Cependant le montant total sera différent en fonction de l'affection dans la mesure où le médecin devrait consacrer plus de temps à certaines et ceci afin d'éviter les stratégies de sélection des patients. Pour l'instant, chaque professionnel sera payé individuellement, mais le but étant de planifier un forfait unique que se partageront tous les professionnels de santé. L'expérimentation débutera cette année à l'hôpital avec un forfait « diabète » et un forfait « insuffisance rénale » : 200 à 300 000 patients devraient être concernés. Pour les médecins généralistes le rapport Aubert voudrait débiter par la forfaitisation de la prise en charge du diabète qui concerne environ 7% des consultations.

b) Le paiement à la qualité et à la pertinence : objectif 2% des dépenses d'ici 2022

Pour les professionnels en ville, le modèle est celui de la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique). En effet, elle consiste depuis 2011 à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques médicales et économiques ; ce sera un paiement à la performance. Pour l'instant cela concerne essentiellement le médecin traitant et le pédiatre mais cela s'étend désormais aussi à la cardiologie, à la gastro-entérologie et à l'endocrinologie.

Le rapport Aubert souhaite une extension à d'autres spécialités médicales mais aussi paramédicales comme les infirmiers et souhaiterait que cette rémunération rémunère les professionnels de santé au regard de « leurs justes prescriptions ». Enfin une prise en compte du ressenti des patients sera considérée.

c) Le paiement à la séquence de soins : objectif 4% des dépenses en 2022

Il s'agirait de rémunérer de pair une séquence de soins à des professionnels de santé qui sont d'habitude payés séparément. Le forfait sera déterminé en fonction du coût moyen de la prise en charge médicale et seront ajustés en fonction de l'acte à réaliser pour éviter les effets de sélection. Il est à noter que ce mode de financement marche très bien et a un impact significatif sur la qualité des soins. En Suède, par exemple, sur les opérations de prothèse de hanche et de genou, les complications ont été réduites de 18% et les ré hospitalisations de 23%. Cependant actuellement en France, la multiplicité des soins en ville ne permet pas encore de développer ce mode de financement. Une expérimentation sera donc effectuée, comme dites dans l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 (LFSS) (32). Une petite trentaine d'établissements de santé testeront le paiement à l'épisode de soins pour les actes suivants : colectomie pour le cancer colique, prothèse totale de hanche et prothèse totale du genou.

d) Le paiement à la structuration : objectif 21% des dépenses d'ici 2022

Ce financement est réalisé afin de permettre d'organiser l'offre de soins dans un territoire et de répondre aux besoins particuliers des patients. Dans cette catégorie seront particulièrement concernés, la psychiatrie mais aussi les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et les HAD (Hospitalisation A Domicile). Pour les soins de ville, la structuration passera par les CPTS (33) à savoir Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, qui se constitue par des équipes de soins primaires, des maisons de santé, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux de santé. D'après l'article L-1434-12 du code de la Santé Publique, elle permet « *d'assurer une meilleure coordination des actions de santé et ainsi de concourir à la structuration des parcours de santé.* »

Ainsi les CPTS permettront aux professionnels de santé de se coordonner à l'échelle du territoire par plusieurs moyens à savoir le développement des outils numériques comme la télémédecine ou alors par la qualité des pratiques en formant par exemple des groupes qualité.

e) Le paiement à l'acte et au séjour : objectif 50% des dépenses d'établissements en 2022

En ville, le paiement à l'acte reste le plus majoritaire lorsqu'il s'agit d'une consultation. La T2A représente aujourd'hui 63% du mode de financement, mais le rapport Aubert souhaiterait la voir diminuer de 13% pour la ramener à 50%. De ce fait la T2A restera le mode de financement majoritaire, c'est pourquoi il est important de revoir la nomenclature des actes qui donne lieu au paiement et qui redistribue la somme, non négligeable, de 84 milliards d'euros.

A l'hôpital en France, on note 2600 Groupement Homogène de Séjour (GHS) fondés le plus souvent sur des pratiques historiques quand on sait que dans certains pays seulement 1000 GHS sont en usage. C'est la même chose pour la classification commune des actes médicaux qui ne recense pas moins de 8500 actes alors qu'en Suisse par exemple on ne compte que 4600 actes soit près de la moitié. De plus le rapport souligne que « la sur-cotation d'un acte peut conduire à sa réalisation trop fréquente comme la sous-cotation peut conduire à ne pas réaliser l'acte dans un cas où il serait nécessaire »

f) Améliorer la régulation de l'ONDAM

L'objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matières de soins de ville et d'hospitalisation donnés dans les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés mais aussi dans les centres médico-sociaux. Depuis 2010 la conduite de l'ONDAM a connu des évolutions majeures mais n'a malheureusement respecté aucun objectif initialement fixé depuis maintenant plus de 22 ans. En effet les objectifs de soins de ville sont en dépassement depuis 2015 à raison notamment des indemnités journalières, des actes techniques des spécialistes ainsi que de l'innovation pharmaceutique.

De ce fait les mécanismes de régulation de financement doivent être revus en conséquence.

La mesure de régulation visant à améliorer l'équité et la crédibilité de la régulation de l'ONDAM s'articulera selon 2 caractéristiques :

- Une vision pluriannuelle
- Un renforcement des outils de régulation infra-annuels

2.3.2 La tarification de l'EHPAD

Les EHPAD qui sont des maisons de retraite médicalisées, sont financées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils départementaux en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge du patient, le tout inscrit dans une convention.

Erigée en Décembre 2015, la loi de l'adaptation au vieillissement repose sur 3 caractéristiques principales : anticipation de la perte d'autonomie, adaptation globale de la société au vieillissement et accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Depuis l'adaptation de cette loi, une nouvelle dynamique a été impulsée pour tous les établissements médico-sociaux dont les EHPAD.

En effet, depuis Janvier 2017, les organismes assurant l'accompagnement des séniors se voient obliger de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens soit le CPOM, avec l'ARS et le conseil départemental. Ils ont pour mission d'améliorer le parcours et l'accompagnement des personnes âgées et de perfectionner les gestions des établissements concernés. Mais pour les EHPAD, cette réforme s'accompagne d'une seconde réforme visant la tarification des EHPAD. (21)

a) La réforme

Ce nouveau modèle de tarification fonde l'allocation des ressources en fonction des besoins des résidents en EHPAD. Effectivement la réforme mise en circuit depuis maintenant 2 ans a pour objectif d'augmenter les moyens donnés aux EHPAD pour une meilleure prise en charge des soins aux personnes âgées, une prise en charge de qualité quand on sait que les séniors sont de plus en plus dépendants et poly pathologique avec principalement des maladies neurodégénératives induisant une perte de dépendance conséquente.

C'est pourquoi un puissant renforcement budgétaire de l'ordre de 430 millions d'euros sur 6 ans sera alloué à cette cause afin d'amener tous les EHPAD à un niveau de financement conforme au référentiel de prise en charge. La seule variable dans cette norme de financement sera l'état de santé du résident et les besoins dont il nécessite.

b) Plusieurs centaines de millions d'euros pour les EHPAD d'ici 2023

La réforme de la tarification des EHPAD s'articule donc ainsi :

- 135 millions d'euros pour le secteur public
- 126 millions d'euros pour le secteur privé non lucratif
- 212 millions d'euros pour le secteur privé lucratif
- 52,3 millions d'euros de dotations complémentaires
- 110 millions d'euros d'enveloppe spécifique pour les EHPAD en difficulté
- 2 millions d'euros du fond d'intervention régional (FIR) pour soutenir les démarches d'accompagnement des EHPAD

c) Le plan d'accompagnement des EHPAD 2018

Même si de larges ressources sont mises à disposition pour ces établissements de santé, on note par ailleurs des disparités au sein des différents EHPAD, c'est pourquoi la ministre de la santé a mis en action un plan d'accompagnement des EHPAD en Janvier 2018. Il s'articule selon 4 axes.

- **Repérer et soutenir financièrement les EHPAD en difficulté**

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a mis à disposition des ARS un outil de repérage des établissements en difficulté afin de les aider à cibler les interventions prioritaires au sein de ces établissements. Les 52,3 millions d'euros de dotations complémentaires seront alors utilisées dans ce cadre-là.

- **Accompagner les efforts de transformation des EHPAD**

Des coopérations renforcées seront mises en œuvre entre les EHPAD et les établissements de santé pour essayer de mutualiser les ressources et les compétences de chacun. De plus l'ANAP sera missionnée pour appuyer les ARS et les conseils départementaux afin d'accompagner la restructuration des EHPAD, elle soutiendra aussi les démarches locales et éditera un guide de bonnes pratiques.

- **Améliorer la qualité de vie au travail dans les EHPAD**

Les ARS accompagneront financièrement les démarches de formations des professionnels de santé. C'est le cas actuellement avec l'organisation de formations pluri-professionnelles en partenariat avec l'Omédit Nouvelle Aquitaine comme la formation de « Mise en place d'une politique du médicament en EHPAD »

- **Renforcer les dispositifs de promotion et de contrôle de la qualité et de la bientraitance**

La maltraitance des personnes âgées est malheureusement un sujet trop connu actuellement. C'est pourquoi depuis Février 2018, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge accueille une commission sur la bientraitance. Son objectif est de proposer une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance en associant tous les professionnels de santé acteurs de cela.

4) POLITIQUE DU MEDICAMENT EN EHPAD

« *La vieillesse arrive brusquement comme la neige. Un matin au réveil, on s'aperçoit que tout est blanc.* » Comme l'a si bien annoncé Jules Renard, la vieillesse constitue un âge où le plus souvent certaines choses arrivent brusquement.

Effectivement, c'est là que l'on rencontre la dépendance du grand âge, conséquences des maladies chroniques dans 95% des cas mais aussi d'accidents de la vie ou d'hospitalisations.

Le domicile, garant de la liberté de chacun et protecteur de nos habitudes, est le lieu de vie préféré des français. Ainsi grâce aux politiques publiques menées depuis plusieurs années, la prise en charge et la gestion des soins des séniors s'effectue à domicile et c'est le cas pour plus de 85% des plus de 75 ans. (15)

Cependant, ce choix de vie peut se voir stopper suite à plusieurs facteurs comme les hospitalisations ou l'impossibilité d'organiser un plan d'aide 24h/24 pour la personne âgée.

L'institution sanitaire ou médico-sociale est alors proposée au sujet âgé et à sa famille afin que des solutions soient mises en place.

L'EHPAD est avant tout un lieu de séjour où tout sera mis en œuvre pour le bien être de la personne âgée résidente dans sa vie quotidienne et sociale. Le concept de l'EHPAD d'aujourd'hui est le fruit d'une évolution législative et réglementaire. Effectivement, ces maisons de retraite médicalisées vont connaître 3 changements majeurs au cours des dernières années :

- Loi n°97-60 du 24 Janvier 1997 (34) permettant de mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance
- Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 (35) relative aux institutions sociales et médico-sociales, c'est l'émergence des EHPAD avec la prise en charge de la dépendance qui en découle et la création d'un nouveau métier : le médecin coordonnateur
- Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 (36) portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, permet le décloisonnement des secteurs

sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec l'optimisation de nombreux outils de coopération : GCSMS, GCS ...

L'EHPAD, demeure ainsi aujourd'hui, un lieu de vie mais aussi une étape du parcours de soins avec l'accompagnement et la prise en charge de la dépendance et de la poly pathologie. Les résidents aux multiples maladies chroniques nécessiteront le plus souvent l'intervention d'une équipe paramédicale au long cours et une thérapeutique imposant la présence d'une personne qualifiée médicalement.

Ce dernier point nous amène à la délicate problématique de la prise en charge médicamenteuse marquée le plus souvent par une poly médication quotidienne. Les dernières études montrent une consommation moyenne de 8 médicaments par jours avec des effets indésirables non négligeables et ses possibles erreurs médicamenteuses.

Effectivement le taux d'évènements iatrogènes augmente avec l'âge ; il sera 2 fois plus fréquent après 65 ans et 10 à 20% des effets indésirables conduisent à une hospitalisation dont 20% pour les séniors de plus de 80 ans.

Il est à noter que 30 à 60% de ces effets sont prévisibles et donc EVITABLES. (38)

L'arrivée en EHPAD est associée le plus souvent à une situation de dépendance, de rupture d'autonomie et de poly pathologie. De ce fait, les résidents d'EHPAD doivent bénéficier d'une prise en soins avec un suivi médical qui nécessite une mise en œuvre thérapeutique médicamenteuse.

Après un état des lieux des EHPAD et une sécurisation du circuit du médicament dans ces établissements nous verrons quels sont les leviers et stratégies utiles à mettre en œuvre afin de créer une politique du médicament pertinente en EHPAD et ce visant à diminuer la iatrogénie.

2.4.1 Un état des lieux actuel

Même si aujourd'hui les français préfèrent vieillir à leur domicile, il y a des cas qui imposent l'admission en établissement. Les EHPAD sont l'une des réponses à la prise en charge du sujet âgé fragile et dépendant. Au niveau national on comptabilisait en 2015, un peu moins de 730 000 résidents en EHPAD. Ces établissements sont dotés d'une capacité très variable allant de 25 lits à plus de 200 lits en sachant que les établissements avec le plus de places se situent dans le secteur public. (38)

Ainsi les personnes âgées admises en EHPAD sont, dans la majorité des cas, en situation de dépendance majorée suite à l'évolution de maladies chroniques. En effet, en 2016 plus de la moitié des résidents, 55%, comptaient parmi le groupe des GIR 1 et 2 sachant que le GMP moyen des coupes validées en 2016 est de 722 points. Il faut savoir que plus il est élevé et moins les personnes sont autonomes dans les établissements tout en se référant à ce tableau :

TYPE DE GIR	POINTS DE COTATION
GIR 1	1000 points
GIR 2	840 points
GIR 3	660 points
GIR 4	420 points
GIR 5	250 points
GIR 6	70 points

Figure 13 : Type de GIR et points de cotation alloués pour le calcul du GMP

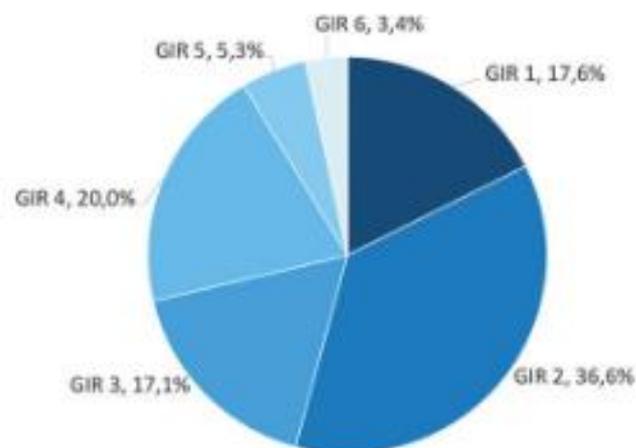


Figure 14 : Répartition moyenne des niveaux de GIR en EHPAD au 31/12/2015

On réalise ainsi que la grande majorité des personnes placées en EHPAD sont de niveau GIR 1 ou 2 (54,2% au total) soit grandement dépendantes d'autrui. (37)

Ainsi en plus de la dépendance de ces séniors, s'ajoute une poly médication quotidienne qui ne cesse d'augmenter ; les résidents poly pathologiques sont poly médicamentés. Les études menées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont montré des variations importantes du nombre de molécules prescrites dans les EHPAD. Les principales classes thérapeutiques utilisées sont :

- Antidépresseurs : 32%
- Anxiolytiques : 27%
- Hypnotiques : 22%
- Neuroleptiques 15%
- Régulateurs d'humeur : 3%

2.4.2 Une forte attente d'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement

Actuellement, malgré les initiatives et les innovations, l'image des EHPAD s'est dégradée. La qualité des prestations offertes est perçue de manière négative à plusieurs titres. C'est tout d'abord la perception d'un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service proposé en raison d'enjeux économiques, tant dans le secteur public que privé.

C'est aussi la perception d'une forte inégalité en matière de qualité de prise en charge entre les établissements. Le constat de réalités très contrastées selon leur statut, leur taille, leur situation géographiques ou leur équipe est très largement partagé.

Enfin une réelle problématique de prise en charge du patient et du bon déroulement du circuit médicamenteux en EHPAD se pose aujourd'hui du fait d'une absence de politique du médicament en EHPAD.

2.4.3 Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD

Le circuit du médicament en EHPAD est un processus complexe impliquant de multiples acteurs qui opèrent dans différents lieux comme l'EHPAD, l'officine, la PUI ... On parle généralement de 3 étapes classiques : prescription, dispensation et administration des médicaments mais le circuit n'est pas aussi rudimentaire. Il recouvre des étapes intermédiaires qui recèlent chacune de points critiques à maîtriser.

Ainsi la démarche de sécurisation du médicament en EHPAD fait entrer en jeu de multiples acteurs et de multiples étapes. Si on peut voir cela comme un surplus d'étapes critiques à maîtriser et de ce fait une augmentation du risque iatrogène de par la grande diversité des stades de sécurisation du médicament, on peut aussi voir cela comme l'opportunité d'améliorer au maximum chaque étape de ce circuit et ce sera le thème de cette thèse. Dans cette rédaction nous aborderons 4 leviers d'amélioration possible à la diminution de la iatrogénie en EHPAD.

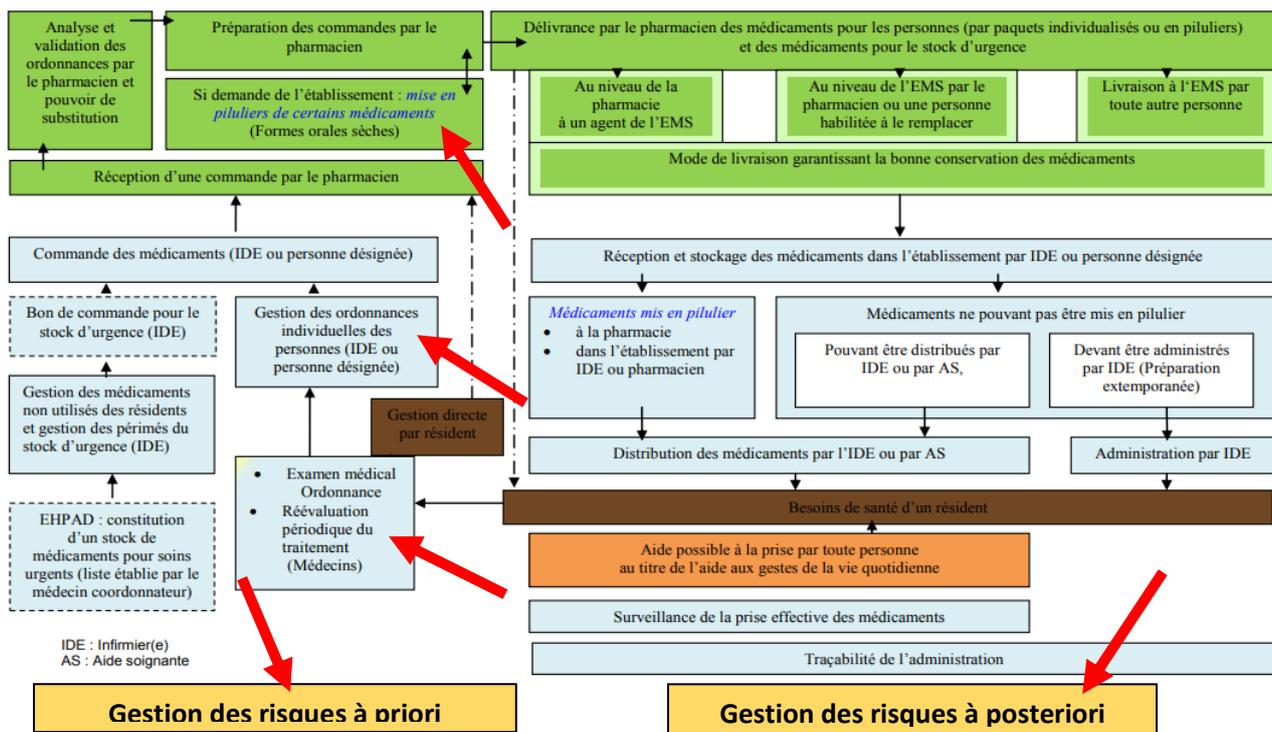


Figure 15 : Schéma du circuit médicamenteux en EHPAD

Comme dit précédemment et vu sur la figure 3, il existe une multitude d'étapes dans le circuit du médicament et de ce fait une quantité importante de démarche visant à sécuriser le circuit du médicament en EHPAD. Ici, nous nous focaliserons sur 4 stratégies d'amélioration qui sont représentées par les flèches rouges sur la figure 3 :

- La gestion des risques ; à priori de par l'outil Interdiag et à posteriori de par la mise en place de Comités de Retour d'Expériences (CREX)
- L'optimisation du lien Ville-Hôpital grâce à l'outil PAACO-Globule et à la coordination de professionnels de santé
- La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse de la préparation des doses à administrer (PDA)
- La pertinence des prescriptions grâce à la mise en place de référentiels appropriés

DEUXIÈME PARTIE : STRATÉGIES ET LEVIERS D'AMÉLIORATION

I. LA GESTION DES RISQUES

1) Analyse a priori : L'outil INTERDIAG

1.1.1 Introduction

Dans le contexte actuel du risque zéro et de l'absolue conformité, que connaît aujourd'hui la société, la notion de risque et donc aussi de gestion des risques impacte grandement les institutions de santé que ce soit dans le secteur médical, social ou bien médico-social.

Ainsi les EHPAD et leur personnel seront confrontés à la mise en place d'une politique de gestion de santé et de gestion des risques des résidents. Cette dernière consistera en la mise en place d'une évaluation et d'une anticipation du risque et à la réalisation d'un système de surveillance et de collecte des données. De ce fait, les différents risques nécessitent d'être identifiés puis analysés pour que puisse être mis en œuvre un plan d'action permettant l'adaptation des pratiques professionnelles dans l'accompagnement en EHPAD des résidents.

L'analyse des risques *a priori* aura une importance majeure dans la suite du déroulement des actions des professionnels de santé dans la mesure où l'on essaiera de contrer le risque avant sa survenue. Ainsi, dans le contexte de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, instaurer une analyse *a priori* permettra d'anticiper une possible défaillance dans cette dernière.

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui fait intervenir plusieurs acteurs et qui nécessite un investissement préventif et *a posteriori* pour éviter le risque médicamenteux avéré évitable. La chaîne se décompose en 3 pôles, le travail à la pharmacie, à la PUI ou à l'officine, qui représente toute la préparation du médicament, la prescription par les médecins, et la dispensation puis la préparation des piluliers et l'administration aux patients avec aide à la prise par l'équipe soignante.

C'est un processus qui présente plusieurs niveaux de risques où le risque d'iatrogénie médicamenteuse est permanent. L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) (40) a donc développé un outil de gestion des risques pluridisciplinaire *a priori* ayant vocation à être

utilisé par tous les acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Tous les dispositifs de sécurisation du circuit du médicament essentiels sont présentés dans cet outil.

Ce dernier se nomme INTERDIAG. C'est un outil partagé entre tous les professionnels de santé et initialement développé avec la coopération de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe. Il élabore un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la prise en charge médicamenteuse. Il interpelle sur les solutions que les établissements pourraient mettre en place pour éviter tout risque iatrogène.

Les EHPAD sont à aujourd'hui préoccupés par leur politique du médicament donc la gestion des risques est une priorité. INTERDIAG est une solution. C'est un outil simple, gratuit, réutilisable et transposable sur le terrain.

1.1.2 INTERDIAG ; un outil pluridisciplinaire

La iatrogénie médicamenteuse étant trop présente au sein des EHPAD, cet outil permet d'impliquer tous les professionnels de santé de ces établissements, que ce soit les infirmières, l'infirmière cadre de santé, les aides-soignantes, les médecins généralistes ou encore le médecin coordonnateur de l'EHPAD dans la démarche de gestion des risques.

INTERDIAG offrira la possibilité d'introduire une culture des risques et de faciliter la communication entre les différents acteurs concernés par la prise en charge médicamenteuse du patient. Ainsi cet outil vise à promouvoir une culture partagée de la sécurité et de la gestion des risques où une meilleure coopération entre les acteurs pourrait réduire la iatrogénie médicamenteuse.

En effet, la prise en charge médicamenteuse est un processus délicat à plusieurs niveaux :

- Les résidents présentent des degrés de dépendance de plus en plus importants avec des pathologies chroniques et une importante polymédication

- Le processus de médication fait intervenir une multitude de acteurs de l'établissement : médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants ... Tout ceci pouvant amplifier les défauts de coordination et communication.
- La prise en charge médicamenteuse comprend plusieurs étapes indépendantes : dispensation, préparation, administration, aide à la prise, stockage des médicaments

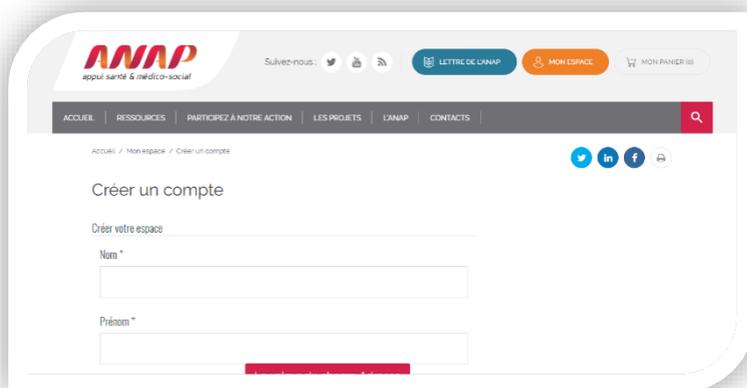
Ainsi, l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, la coordination, la formation des professionnels de santé et l'accompagnement des résidents seront autant de facteurs de risques à maîtriser pour éviter une iatrogénie médicamenteuse. INTERDIAG permettra de cibler les axes prioritaires d'amélioration tout en établissant « *une cartographie des risques liés au processus de soins* ».

INTERDIAG offrira aux professionnels de santé travaillant en EHPAD, l'opportunité de s'engager dans la gestion des risques et l'amélioration des pratiques par l'identification d'actions prioritaires, tout en étant acteurs de première ligne.

a) Comment ça marche ?

L'outil se télécharge gratuitement en suivant les recommandations suivantes :

- Aller sur le site de l'ANAP
- Inscrire l'établissement concerné en remplissant les coordonnées nécessaires
- Télécharger gratuitement INTERDIAG
- Enregistrer la version Excel qui s'ouvrira automatiquement



The image shows a screenshot of the ANAP website's account creation page. The header features the ANAP logo (Appui Santé & Médico-Social) and navigation links for 'Lettre de l'ANAP', 'Mon Espace', and 'Mon Panier'. The main content area is titled 'Créer un compte' and includes a sub-section 'Créer votre espace' with input fields for 'Nom' and 'Prénom'. A red bar is visible at the bottom of the form area.

Figure 16 : Page d'affiche lors de la création du compte afin de télécharger INTERDIAG

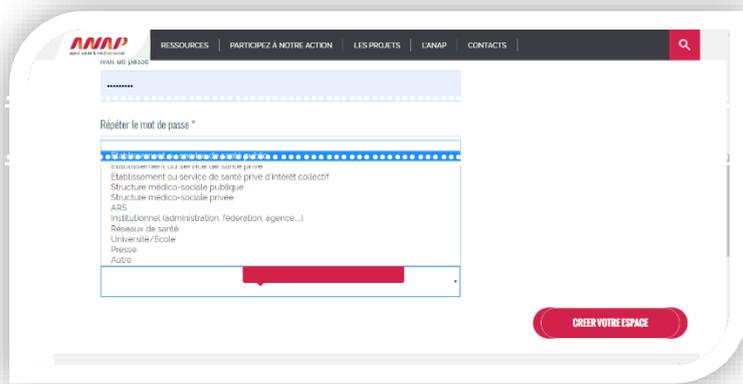


Figure 17 : Une partie des informations nécessaires à donner pour l'inscription

b) Présentation de l'outil

Il s'adresse à tous les professionnels constituant une équipe pluri-disciplinaire impliqués dans la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD, qu'ils soient dotés d'une PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) ou desservis par les officines. Ainsi, seront concernés : directeur d'EHPAD, médecins traitants, médecins coordonnateur, Infirmières, Aides-soignants, Pharmaciens de PUI ou d'officine, Préparateurs de PUI ou d'officines ...

L'outil INTERDIAG a connu une première version en 2010 mais après 2 années de publication et de diffusion, l'ANAP a mené une évaluation afin de réaliser une deuxième version encore plus adaptée à la démarche qualité de la gestion des risques.

IL se présente donc en 2 modules selon l'organisation de l'EHPAD au niveau pharmaceutique :

- INTERDIAG Médicaments en EHPAD V2 avec PUI
- INTERDIAG Médicaments en EHPAD V2 sans PUI

Cet outil sera donc utilisé au cours de réunions pluridisciplinaires constituant l'équipe médicale et couvrira les principaux aspects de la prise en charge médicamenteuse des résidents, l'objectif étant le dialogue pluri-professionnel et la communication entre tous les acteurs de santé.

INTERDIAG est un questionnaire sous format Excel, auxquels les professionnels répondent par « Oui », « Non », « Non Concerné » aux différentes questions correspondants à des barrières de sécurité permettant d'agir sur les facteurs latents pouvant être à l'origine d'erreurs

médicamenteuses comme l'organisation des tâches, la formation, la coordination des acteurs ...

L'outil INTERDIAG Médicaments V2 sera constitué par un questionnaire de 177 questions réparties en 4 thèmes principaux :

- Risque structurel de l'EHPAD
- Contexte et politique de sécurisation dans l'unité de soins
- Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- Sécurisation du stockage des médicaments intra-unités

2 Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse		Réponse	Accessibilité	Commentaires	Aide au remplissage (précisions, retours d'expériences (REX), références nationales ou régionales)
P.15	L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise	Non			Voir Thésaurus PECH EHPAD
P.16	Le moment de l'administration de chaque médicament est tracé (Horaire pour les médicaments injectables)	Oui totalement			
P.17	La personne qui administre les médicaments est identifiée	Oui			
P.18	La date limite d'utilisation après ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement	Non			
P.19	Des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'IDE	Oui		LA NUIT	La réponse OUI à ces questions correspond à la présence d'un risque
Q Aide à la prise					Voir Thésaurus PECH EHPAD
Q.01	Les règles d'aide à la prise sont définies (COMEDIMS ou équivalent, médecin coordonnateur, commission de coordination gériatrique...)	Non			L'aide à la prise des médicaments peut être réalisée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante (AMP, AS, Auxiliaire de vie). Elle nécessite cependant de respecter deux conditions :
Q.02	La nécessité d'une aide à la prise est évaluée régulièrement et tracée dans le dossier du résident	Oui			
Q.03	Les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments sont informées : - des moments de prise - des doses prescrites	Non			- Une condition de fond : le mode de prise du traitement ne doit pas présenter de difficulté d'administration ou d'apprentissage particulier. Il doit donc s'agir d'une prise médicamenteuse orale. Une prise de traitement par voie

Figure 18 : Présentation de l'outil sous forme Excel

Ces 3 thématiques seront déclinées en 9 axes de sécurisation :

- Prévention
- Pilotage
- Entrée et Sortie du patient
- Prescription
- Dispensation
- Préparation et administration
- Organisation du stockage des médicaments
- Gestion du stock
- Gestion du charriot d'urgence

Cet outil permet ainsi de générer automatiquement une cartographie et les scores de maîtrise des risques des 9 axes de prévention vus précédemment. Il objective aussi les points forts et les points critiques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et définit les priorités dans les actions à mettre en œuvre afin d'identifier les leviers d'amélioration potentiels. ANNEXE 1 et ANNEXE 2

1.1.3 Un outil au service de la Région Nouvelle Aquitaine

a) Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse ?

Une erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse sera dite :

- Avérée lorsqu'elle résulte en l'administration au patient d'un médicament erroné, d'une dose incorrecte ou d'un mauvais schéma thérapeutique
- Potentielle si l'erreur est interceptée avant l'administration du produit au patient
- Latente s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger potentiel pour le patient

Elles peuvent ainsi survenir à chaque étape de la chaîne du soin : Prescription, délivrance, préparation, administration, suivi thérapeutique.

o La prescription :

Par définition la prescription médicale est un acte qui consiste à prescrire un traitement sur une ordonnance, après avoir effectué un diagnostic. La prescription peut concerner des médicaments, mais aussi des dispositifs médicaux, des examens biologiques, radiologiques, des actes de kinésithérapie ou des cures thermales. Aujourd'hui, la plupart des médecins prescrivent à l'aide d'un logiciel sur ordinateur et plus particulièrement en EHPAD où les traitements sont régulièrement renouvelés.

Ainsi le plus souvent une erreur de prescription sera du soit à une méconnaissance du médicament ou de sa posologie, soit à une erreur en relation avec les logiciels de prescription informatisée, soit à un défaut dans l'organisation du processus « Prescription-Dispensation-Administration »

- La dispensation :

C'est un acte réalisé par le pharmacien qui repose sur le fait de remettre un ou plusieurs médicaments au malade en suivant l'ordonnance rédigée par le médecin. Elle est indissociable de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et de l'information au patient. Elle s'accompagne d'une double vérification.

Les erreurs de délivrance les plus en causes seront :

- Conseil inadapté ou inapproprié
- Mauvaise lecture de l'ordonnance sans confirmation auprès du médecin
- Erreur de sélection du médicament soit par confusion du nom, soit en raison du mode de rangement des médicaments dans l'officine
- Erreur de substitution par méconnaissance des listes génériques

- La préparation :

Une préparation médicamenteuse est un médicament préparé hors des laboratoires pharmaceutiques. En France, on distinguera :

- La préparation extemporanée, réalisée au moment de l'utilisation et donc sans préparation à l'avance, ni stockage
- La préparation magistrale réalisée extemporanément et selon une prescription pour un patient donné
- Préparation officinale réalisée selon la formule inscrite à la Pharmacopée ou au formulaire national

Les erreurs de reconstitution d'un médicament et les erreurs de préparation de seringues seront les plus commises.

- L'administration :

Cette action consiste en la donation du traitement à un patient tout en respectant la règle des « 5B ». Cet outil pédagogique guide chaque action réalisée lors de l'administration d'un médicament en respectant les consignes suivantes : Bon patient, Bon médicament, Bon dosage, Bon moment, Bonne voie. L'administration représente l'étape de la chaîne du soin la plus sensible où l'on retrouve le plus d'erreurs :

- Erreur de sélection du produit : médicaments préparés à l'avance, armoire à pharmacie ...
- Erreur de lecture ou d'interprétation de l'étiquetage
- Erreur de lecture ou d'interprétation de l'ordonnance
- Mauvaise programmation des dispositifs d'administration
- Erreur de patients
- Erreur de manipulation

- Le suivi thérapeutique :

Cet acte consiste en la visite annuelle, semestrielle, mensuelle, hebdomadaire ou journalière du médecin envers son patient. Il sera accompagné, dans les meilleures conditions, d'un examen médical, d'un interrogatoire du patient et d'une révision des ordonnances. Les fautes commises dans cette étape seront dues le plus souvent à une méconnaissance du suivi thérapeutique et à un manque de temps.

b) Etude observationnelle réalisée par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe

L'Omédit Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe réalise tout au long de l'année des formations d'une journée destinées à tous les professionnels de santé et validantes DPC (Développement Professionnel Continu). L'une d'elles s'intitule « *Prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » et s'adresse donc à tous les acteurs de santé travaillant dans ces institutions.

Lors de 3 de ces formations qui ont eu lieu respectivement les 20 Octobre 2017, 28 Novembre 2017 et 21 Décembre 2017, nous avons recensé à l’Omédit tous les cas d’iatrogénie qui sont arrivés dans les EHPAD où travaillaient les professionnels en formation ce jour-là. (42)

Effectivement, nous leur avons à chacun, demandé de retranscrire anonymement sur un papier une erreur iatrogénique survenue dans leur EHPAD, pour pouvoir en explorer la cause et les possibles conséquences qui auraient pu être évitées.

Une fois toutes les données recueillies nous les avons analysées pour classer les étiologies de ces erreurs médicamenteuses dans différentes catégories :

- Administration
- Préparation
- Délivrance
- Prescription
- Suivi thérapeutique

Après analyse des données recueillies auprès des professionnels de santé durant ces 3 formations, le constat est le suivant ; sur un total de 21 cas d’erreurs médicamenteuses, 13 sont dues à une erreur d’administration, 2 à une erreur de préparation, 2 à une erreur de délivrance et 4 à une erreur de prescription.

Type d’erreurs	Prescription	Dispensation	Préparation	Administration	Suivi thérapeutique	Total
Nombre d’erreurs	4	2	2	13	0	21

Figure 19 Tableau représentant les données d’erreurs médicamenteuses recueillies par l’Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe

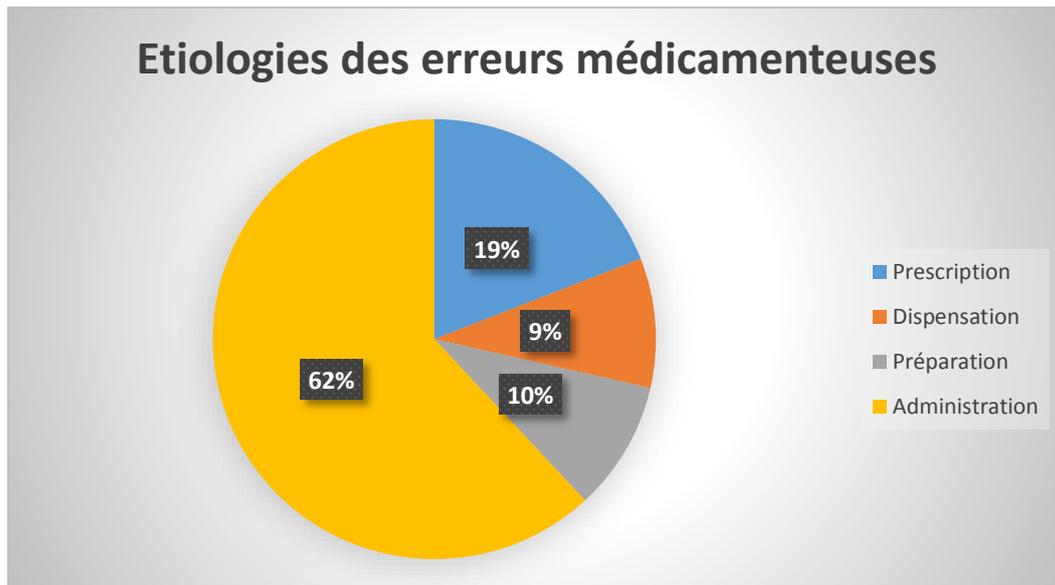


Figure 20 : Etiologies des erreurs médicamenteuses en EHPAD lors des 3 formations « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD » en 2017

Ainsi, comme le relève ce graphique, plus de la moitié des fautes médicamenteuses à l'origine d'une iatrogénie sont commises à l'administration du médicament en EHPAD. Une erreur sur cinq sera due à un écart de prescription et les erreurs de dispensation et de préparation représentent à elles deux environ 20%.

Ce constat alarmant met en valeur le fait que le circuit du médicament n'est que partiellement sécurisé. En France, même si la sécurisation grâce à l'informatisation du circuit du médicament a démarré progressivement avec des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et les dossiers patients informatisés, l'étape de l'administration reste principalement manuelle et le personnel soignant ne dispose pas de réel outil pour vérifier que la règle des 5B a bien été respectée.

1.1.4 Erreur d'administration en EHPAD et mise en place de l'outil INTERDIAG Correction de l'erreur médicamenteuse et opportunité de réaliser au sein de l'EHPAD une analyse des risques a priori via INTERDIAG EHPAD

La réalisation d'une analyse approfondie des causes d'une erreur médicamenteuse survenue dans l'EHPAD X en Nouvelle-Aquitaine (erreur d'administration entre 2 résidents) a conduit l'EHPAD à réaliser une analyse a priori des risques de la prise en charge médicamenteuse grâce à l'outil INTERDIAG EHPAD et plus particulièrement sur la phase d'administration des médicaments. Les faits ont eu lieu entre 6h et 8h lors du tour de garde du matin, pendant la distribution des traitements médicamenteux au petit-déjeuner en vue de leur administration. Un aide-soignant s'est rendu compte en s'approchant de la table de deux résidentes que les pots de médicaments de ces deux personnes avaient été inversés. Le résident de la chambre 33 a donc eu les médicaments du résident de la chambre 49 et inversement.

a) Correction de l'erreur médicamenteuse et opportunité de réaliser au sein de l'EHPAD une analyse des risques a priori via INTERDIAG EHPAD

INTERDIAG est un outil destiné à être utilisé au cours d'une réunion pluridisciplinaire avec tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD.

o Aspect technique

Pour chaque item du questionnaire, l'utilisateur choisira la réponse qu'il veut donner dans le menu déroulant. Selon les questions les réponses pourront être binaires (Oui/Non) ou graduées (Oui totalement/Oui partiellement). Il y aura possibilité à répondre NA (Non Applicable) lorsque ce sera le cas.

Les réponses « Oui partiellement » compteront pour moitié des points dans le calcul des scores de maîtrise des risques par rapport aux réponses « Oui totalement ». Toutes les réponses pourront être explicitées par un commentaire.

- Simulation de la mise en place de l’outil INTERDIAG dans l’EHPAD X

1° Réponse au questionnaire

2 Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse		Réponse	Accessibilité	Commentaires
P Administration				
P.01	L'identité du résident est vérifiée systématiquement avant toute administration	Non		
P.02	La concordance entre les doses préparées et la prescription est réalisée	Oui		
P.03	L'intégrité des médicaments est vérifiée avant leur administration (aspect, forme, absence de particules dans une solution...)	Oui		
P.04	La date de péremption des médicaments est vérifiée avant leur administration	Oui		A LA PHARMACIE
P.05	L'administration des médicaments est enregistrée sur un support validé par le médecin, en regard de la prescription	Oui		IMPRESSION DE LA FICHE TRAITEMENT COMPLETE ET A JOUR
P.06	L'administration des médicaments prescrits de façon conditionnelle (si besoin...) est enregistrée sur le support d'administration	Oui		
P.07	Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support d'administration ou dans le dossier du résident	Non		
Des médicaments prescrits à l'oral peuvent être administrés avant la régularisation				

Figure 21 : Simulation de réponse sur l’outil INTERDIAG

Suite à cette erreur médicamenteuse dans cet établissement, nous supposons que la direction souhaite mettre en place INTERDIAG afin de corriger les futures erreurs en amont, avant qu’elles ne se produisent. L’équipe pluridisciplinaire répond donc aux items un à un et se retrouve face à ces questions lorsqu’il s’agit du chapitre « Administration ».

		Accueil	Mode d'emploi	Identification	0. Risque Structurel	1. Politique
2		Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse				Réponse
P.08	Des médicaments prescrits à l'oral peuvent être administrés avant la régularisation écrite de la prescription (hors urgence vitale)					Oui
P.09	La prise effective des médicaments est vérifiée et les difficultés d'administration sont enregistrées (refus, problèmes de déglutition,...)					Oui partiellement
P.10	Lorsqu'un médicament a été broyé et mélangé aux aliments, l'absorption de la totalité des aliments est vérifiée					Oui totalement
P.11	Les motifs de la non administration sont tracés					Non
P.12	Les médecins (traitants, coordonnateur ou autres) sont informés en cas de non administration de médicaments					Oui totalement
P.13	IDE et médecins ont défini ensemble les symboles utilisés pour tracer l'administration et la non-administration des médicaments [répondre NA si prescription informatisée]					NA
P.14	Les horaires et les durées entre chaque administration de médicaments sont respectés					Non
P.15	L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise					Non

		Accueil	Mode d'emploi	Identification	0. Risque Structurel	1. Politique
2		Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse				Réponse
P.13	IDE et médecins ont défini ensemble les symboles utilisés pour tracer l'administration et la non-administration des médicaments [répondre NA si prescription informatisée]					NA
P.14	Les horaires et les durées entre chaque administration de médicaments sont respectés					Non
P.15	L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise					Non
P.16	Le moment de l'administration de chaque médicament est tracé (l'horaire pour les médicaments injectables)					Oui totalement
P.17	La personne qui administre les médicaments est identifiée					Oui
P.18	La date limite d'utilisation après ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement					Non
P.19	Des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'IDE					Oui

Figure 22 et 23 : Suite simulation de réponse sur l'outil INTERDIAG

2° Présentation et Interprétation des résultats

« L'identité du résident est vérifiée systématiquement avant toute administration »

« Des médicaments prescrits à l'oral peuvent être administrés avant la régularisation écrite de la prescription »

« L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise »

« Des aides soignantes administrent des traitements en l'absence des infirmières »

En ayant répondu par la négative ou par une réponse ne donnant pas lieu à une bonne administration, l'équipe médicale pourra prendre conscience des points faibles de l'EHPAD dans le circuit du médicament. En effet, remplir le fichier Excel permet de disposer instantanément des résultats de l'auto-évaluation sous forme de :

- Tableau des scores de maîtrise des risques obtenus par thématique, axe et sous thème
- Radar des 7 axes de sécurisation
- Cartographie des axes et sous-thèmes : visualisation par code-couleur des scores de maîtrise des risques : Rouge ; mauvais, orange ;moyen, vert ;bon

Ces résultats permettront d'objectiver les points forts de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et les leviers potentiels d'amélioration. Pour les deux modules l'outil permet de générer un plan d'action type reprenant automatiquement les points faibles de la prise en charge médicamenteuse.

b) Mesures mises en place pour améliorer l'action à priori

Suite aux réponses inscrites dans le fichier Excel, un plan d'action avec une aide à la priorisation des actions d'amélioration à mettre en place sera édité. Chaque action qui a une mauvaise cotation dans l'établissement se verra proposer une action d'amélioration ou la mise en place d'un protocole. Par exemple à l'item P.15 « l'administration des médicaments est enregistré en temps réel de chaque prise » une action telle que la réception de tablettes numériques et du wifi qui permettra la réalisation des signatures des soins en temps réel sera proposée.

P.07	Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support d'administration ou dans le dossier du résident	les prescriptions dans le logiciel doivent être réactualisées
P.14	Les horaires et les durées entre chaque administration de médicaments sont respectés	Prevoir un acte de prise de distribution des petits dejeuner
P.15	L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise	la reception des tablettes et du wifi permettra la réalisation des signatures des soins en temps réel
P.18	La date limite d'utilisation après ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement	rappeler aux IDE de noter les dates sur les flacons
P.19	Des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'IDE	
Q.01	Les règles d'aide à la prise sont définies (COMEDIMS ou équivalent, médecin coordonnateur, commission de coordination gériatrique...) Les personnes chargées de l'aide à la prise des	protocole à réaliser

Figure 24 : Proposition d'action d'amélioration après analyse des points faibles sur INTERDIAG

1.1.5 Conclusion

L'outil INTERDIAG Médicament V2 destinés aux différents établissements médico-sociaux permet d'établir une cartographie de maîtrise des risques et donc de constituer une gestion des risque a priori. Cette sécurisation du circuit du médicament en amont de la chaine de soins est une étape primordiale à la bonne prise en charge médicamenteuse en EHPAD du résident. Pour cela l'outil INTERDIAG se voit être actuellement un outil indispensable pour tout

établissement de santé souhaitant maîtriser le risque iatrogénique de par sa simplicité, sa gratuité et la pluridisciplinarité de ce dernier.

2) Analyse a posteriori : Les Comités de Retour d'Expérience (CREX)

1.2.1 Introduction

a) Pourquoi la mise en place de CREX

Si l'analyse *a priori* peut être prise en charge par INTERDIAG, comme vu précédemment, il reste néanmoins l'analyse du risque *a posteriori* avec la mise en place des CREX (Comité de Retour d'Expérience) qui viendra s'inscrire dans une démarche complémentaire de la gestion globale des risques. En effet, l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents est une priorité pour les EHPAD et les CREX viseront à apporter une sécurisation du médicament *a posteriori*

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) (43), promulguée le 21 Juillet 2009 définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale visant à mettre en place une offre de soins de qualité, accessible et satisfaisante à l'ensemble des besoins de santé.

Ainsi, la mise en place de cette loi a favorisé l'instauration d'une coordination des soins et d'une coopération entre professionnels de santé, tout ceci, dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient dans sa globalité.

Même si l'organisation et la coordination entre professionnels de santé au sein de l'EHPAD sont des points très positifs de cet exercice d'amélioration de la qualité des soins, cela reste néanmoins des points sensibles à maîtriser pour assurer la sécurité de ces mêmes soins envers les résidents. Ils nécessitent une attention particulière pour viser à prévenir et détecter la survenue d'évènements indésirables associés aux soins et à mettre en place une démarche adaptée à la gestion de ces derniers.

b) Définition du CREX

Un CREX est un Comité de Retour Expérience. C'est une méthode de gestion de la sécurité des soins destinée à un service médical ou ici plus particulièrement à des établissements de santé tels que les EHPAD. A l'origine les CREX étaient réalisés dans le domaine de l'aviation civile afin d'éviter le maximum de pertes humaines puis la méthode a été adaptée aux systèmes de soins et a vocation à être adapté dans le domaine médico-social.

Le CREX aura pour but de gérer les évènements indésirables associés aux soins et signalés par les professionnels de santé. La méthodologie du retour d'expérience se déroule en 4 étapes clés :

- Concertation du comité pluri-professionnel : réunion tous les mois
- Examen des signalements recueillis
- Sélection de l'évènement prioritaire à traiter
- Désignation du pilote chargé d'investiguer l'évènement indésirable associé aux soins

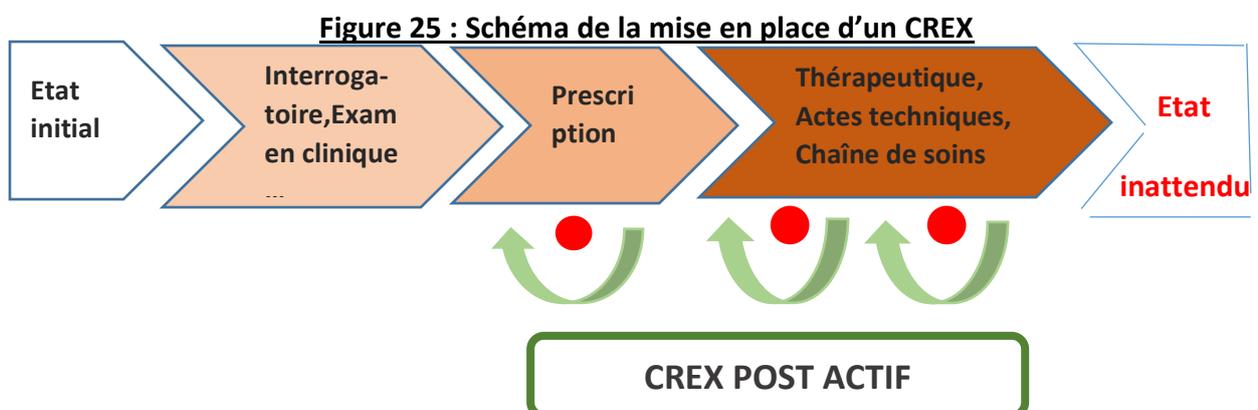
Le CREX se situant dans la boucle courte du circuit du médicament, il permet l'implication directe de toute l'équipe médicale de l'EHPAD dans la sécurité du résident car cette dernière est devenue une priorité des systèmes de santé et du gouvernement. Dans ce contexte, les CREX sont ainsi des vecteurs pour l'implantation d'une culture de sécurité des soins dans les services médicaux.

La mise en place de CREX a posteriori aura plusieurs avantages :

- Démarche stratégique : analyse approfondie des causes et déclaration interne
- Démarche structurelle : organisation et ressources mobilisées
- Démarche culturelle : analyse collective et responsabilités communes

Par conséquent le CREX est une sécurisation à posteriori, avec les retours d'expérience entre professionnels, construits autour d'une analyse de l'incident et débouchant sur des actions correctives pour éviter que ces erreurs ne se reproduisent.

1.2.2 Analyse des étapes d'un CREX



● : Evènement : Accident, Incident ou Précurseur

a) Etape 1 : Collecter les données

L'objectif est de rassembler toutes les informations sur l'évènement, son contexte, sa gestion et sur les plans techniques, organisationnel, humain et environnemental. Ce sera le pilote chargé de l'analyse qui recueillera les données, ce dernier est choisi au sein de l'équipe formée à l'analyse. Il est cependant important que le pilote ne fasse pas partie de l'expérience en cours d'analyse.

Les éléments seront enregistrés ni trop tôt, les acteurs pouvant être dans certains cas, encore perturbés par l'évènement, ni trop tard par risque de perte d'informations. Le but sera de rassembler dans leur totalité les faits auprès de tous les acteurs impliqués.

La collecte des données se fera à partir de documents liés à l'évènement comme les plannings des professionnels de l'EHPAD ce jour-là, des référentiels ... Toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à cet évènement indésirable seront rencontrées même celles impliquées dans la préparation et la planification des activités concernées par exemple.

Les informations seront ainsi recueillies de 3 manières différentes,

- Entretiens individuels
- Débriefings collectifs
- Déclarations écrites

et en deux temps :

- Questions exploratoires ouvertes pour laisser la personne s'exprimer spontanément
- Questions plus précises pour compléter des détails qui auraient pu être oubliés

Il est primordial de demander aux acteurs de l'évènement indésirable, s'ils ont des suggestions à faire pour éviter que l'évènement ne se reproduise ou bien pour améliorer certaines faiblesses de la situation.

b) Etape 2 : Reconstituer la chronologie de l'évènement

Suite à la collecte de données, un tri est effectué et seulement les faits seront sélectionnés. Les évènements seront ordonnés selon leur apparition dans le temps en indiquant pour chacun d'eux le jour, la date et l'heure. A la fin de cette étape, l'équipe obtient un consensus qui valide les faits recueillis. Cela permet de préciser les données recueillies et de s'assurer de la validité et de la cohérence du scénario. Cette validation constitue la garantie d'une base solide pour continuer l'analyse.

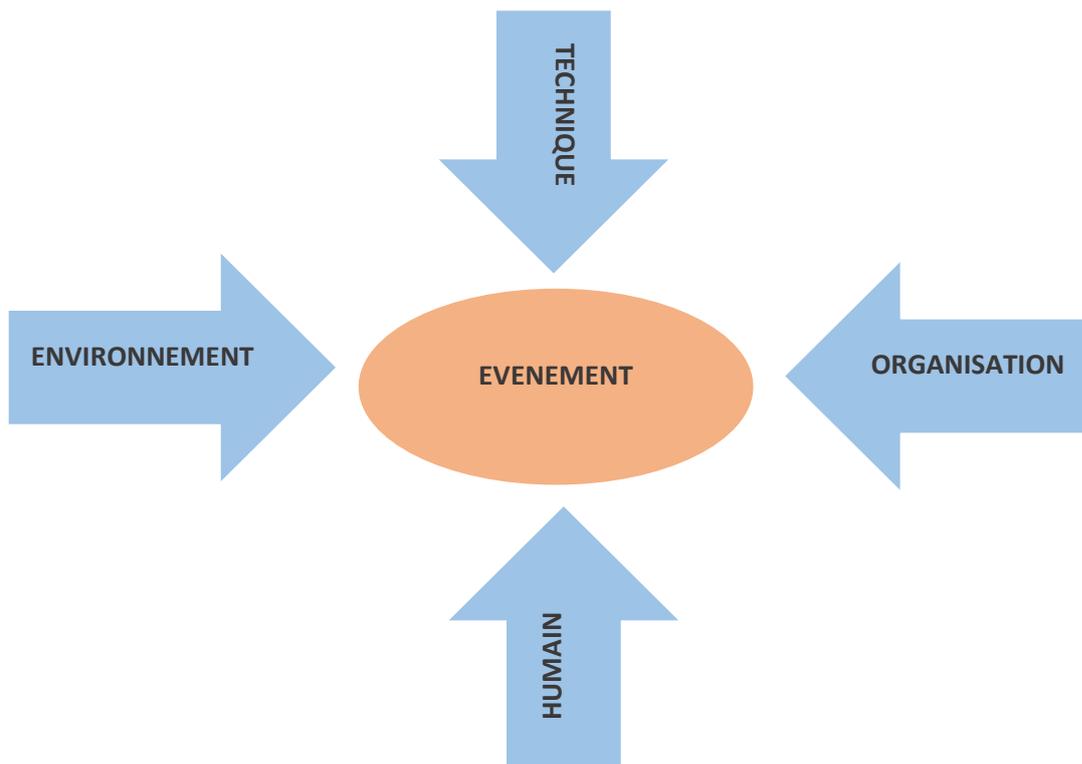
c) Etape 3 : Identifier les écarts

L'objectif sera de repérer les états défailants et les actions inappropriées dans l'expérience analysée. La collecte de données réalisée précédemment va permettre de déceler les écarts par rapport au référentiel défini au sein de l'établissement, à une procédure ou à une consigne écrite. Suite à cela, le pilote de l'analyse fera ressortir les écarts, les états défailants et les actions inappropriées.

d) Etape 4 : Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents

Les facteurs contributifs et les facteurs influents pourront expliquer les écarts attendus et les écarts défailants dans les actions inappropriées. Ces derniers expliquent les écarts aux attendus, les états défailants et les actions inappropriées. Il faudra ainsi reconstituer les relations de cause à effet entre les faits. Les relations de cause à effet seront souvent éclairées par les conditions au cours desquelles les faits inappropriés apparaissent. Ils paraîtront ainsi comme des fragilités du système global qui seront probablement retrouvées dans d'autres évènements.

Voici 4 grandes familles de facteurs contributifs à explorer en priorité lors d'un CREX.



Le facteur humain est particulièrement important à prendre en compte tout au long de la recherche des facteurs contributifs et influents :

- Conscience de la situation
- Stress
- Erreur
- Physiologie
- Prise de décision
- Communication opérationnelle
- Synergie d'équipe
- Vigilance collective

1.2.3 Adaptation à un vrai retour d'expérience selon la méthode Orion selon les données de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe

La méthode Orion est fondée sur l'expérience de l'aéronautique qui fut un précurseur dans la gestion des risques. C'est une méthode d'analyse systémique extrêmement rigoureuse, divisée en 6 étapes :

- 1) Collecter les données
- 2) Reconstituer la chronologie de l'évènement
- 3) Identifier les écarts
- 4) Identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents
- 5) Proposer les actions à mettre en œuvre
- 6) Rédiger le rapport d'analyse

L'analyse sera confiée à un pilote qui interrogera l'ensemble des professionnels de santé qui ont été acteurs dans l'évènement indésirable survenu.

L'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe réalise mensuellement des formations pluridisciplinaires à l'attention de tous les professionnels de santé. Dans le cadre de l'optimisation continue de la prise en charge médicamenteuse sur le parcours de soins des résidents, l'Omédit propose en particulier des formations intitulées ***Gestion des risques et des produits de santé.***

Ces dernières visent à sécuriser le circuit médicamenteux au sein des établissements de santé, tout en formant les professionnels de santé à réaliser des CREX.

L'analyse du CREX suivant sera donc tirée d'un témoignage anonyme au cours d'une formation réalisée par l'Omédit Nouvelle Aquitaine en 2017.

a) Collecter les données

La personne chargée de l'analyse des faits consulte le dossier médical des deux patientes et contacte le ou les signalant de l'évènement indésirable associé aux soins (EIAS). Ensuite, tous les professionnels ayant contribué à la prise en charge des deux nouvelles résidentes seront à leurs tours contactés afin de connaître le récit de ces derniers quant à leurs interventions ainsi que les écarts constatés entre leurs pratiques et ce qui est attendu.

b) Reconstitution de la chronologie de l'évènement

Le pilote se servira du tableau fourni par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe pour reconstituer la chronologie des faits de l'EIAS et analyser les causes approfondies. Ce dernier contient plusieurs colonnes permettant d'inscrire l'heure, le déroulement des faits et si l'étape peut être validée ou pas.

Date et Heure	Chronologie des faits
Vendredi 16h	Deux résidentes arrivent le vendredi matin à l'EHPAD
	Les ordonnances de traitements des deux résidentes sont jointes
Vendredi 17h15	L'IDE présente réalise les piluliers selon les prescriptions jusqu'à lundi matin
Lundi 8h	L'IDE du matin distribue les médicaments du midi à partir des piluliers réalisés le vendredi
	L'IDE 2 a un doute sur l'identité des deux résidentes qui sont entrées vendredi. L'IDE 2 pose la question « Est-ce vous Madame X ? » La résidente répond « Oui »
Lundi 18h	On découvre que Madame X est en réalité Madame Y.
	On réalise que Madame X a eu les médicaments de Madame Y et vice versa
Nuit de lundi	Surveillance de Madame X et Madame Y. Pas de conséquences pour les deux résidentes.

c) Identifier les écarts

Le pilote repérera parmi les faits accomplis par l'équipe soignante, les écarts aux attendus, les états défaillants et les actions inappropriées.

Date et Heure	Chronologie des faits	Ecarts
Vendredi 16h	Deux résidentes arrivent le vendredi matin à l'EHPAD	Non OK
	Les ordonnances de traitements des deux résidentes sont jointes	Ok
Vendredi 17h15	L'IDE présente réalise les piluliers selon les prescriptions jusqu'à lundi matin	Non OK
Lundi 8h	L'IDE du matin distribue les médicaments du midi à partir des piluliers réalisés le vendredi	Non Ok
	L'IDE 2 a un doute sur l'identité des deux résidentes qui sont entrées vendredi. L'IDE 2 pose la question « Est-ce vous Madame X ? » La résidente répond « Oui »	Non Ok
Lundi 18h	On découvre que Madame X est en réalité Madame Y.	Non Ok
	On réalise que Madame X a eu les médicaments de Madame Y et vice versa	Non Ok
Nuit de lundi	Surveillance de Madame X et Madame Y. Pas de conséquences pour les deux résidentes.	Ok

d) Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents

Les facteurs contributifs et influents seront à leur tour répertoriés dans le tableau fourni par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe. Pour des raisons de lisibilité, ils seront ici énoncés sur papier et non dans le tableau.

Les facteurs contributifs seront issus de toute défaillance concernant ; l'environnement, la technique des gestes, l'organisation des soins, le processus de prise en charge des sujets âgés et le facteur humain de l'équipe soignante.

Les facteurs influents sont ceux qui amèneront l'action à se produire du fait de leur poids important au niveau de l'action défaillante.

Date et Heure	Chronologie des faits	Ecart	Facteurs contributifs	Facteurs influents
Vendredi 16h	Deux résidentes arrivent le vendredi matin à l'EHPAD	Non OK		
	Les ordonnances de traitements des deux résidentes sont jointes	Ok		

Vendredi 16h : Deux résidentes arrivent le vendredi matin à l'EHPAD : **Non Ok**

Facteurs contributifs : Les admissions ne sont possibles que jusqu'au vendredi midi, cela est précisé dans le livret d'accueil. Et il faut éviter deux admissions à la fois mais la direction fait pression pour remplir les lits.

Facteurs influents : Le personnel est réduit partir de 14h, le vendredi

Vendredi 17h : L'IDE réalise les piluliers selon les prescriptions jusqu'à lundi midi : **Non Ok**

Facteurs contributifs : Absence de consignes et de validation des médecins qui ne se déplacent pas

Lundi matin 8h : L'IDE du matin distribue les médicaments du midi, à partir des piluliers réalisés le vendredi : **Non Ok**

Facteurs contributifs : Les médicaments du midi sont en général distribués par les IDE qui prennent le service à 9h après qu'elles aient vérifiées les ordonnances, l'identité des patients et les piluliers.

Lundi matin 9h : L'IDE 2 a un doute sur l'identité d'une des deux résidentes qui sont entrées vendredi. L'IDE 2 pose la question « Est-ce vous Madame X ? », la résidente répond « Oui » :

Non Ok

Facteurs contributifs : C'est une question ouverte posée à une personne ayant des troubles cognitifs mais non signalés dans le dossier.

Lundi 18h : On découvre que Madame X est en réalité Madame Y : **Non Ok**

Facteurs contributifs : Pas de vérification de l'identité des résidentes et retard de la mise à jour du dossier.

Facteurs influents : Les médecins des deux résidentes ne sont pas revenus le lundi pour faire un bilan de leur patiente comme convenu.

Lundi 18h : On réalise que Madame X a eut les médicaments de Madame Y et vice versa :

Non Ok

Facteurs contributifs : Les deux IDE ne se sont jamais concertées et les identifications n'étaient pas en place donc une erreur d'identitovigilance est survenue car il n'y avait pas de nom sur la porte et pas de photos des deux résidentes.

e) Proposer des actions à mettre en œuvre

Il s'agira de trouver des actions à mettre en œuvre et permettant d'éviter le renouvellement des états défaillants et de les proposer au CREX (Comité de Retour d'Expérience).

Les actions mises en œuvre seront répertoriées dans un deuxième tableau élaboré par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe.

Actions mises en œuvre	Responsable de suivi	Echéance
Amélioration des conditions d'entrées : <ul style="list-style-type: none">- une personne est dédiée à l'accueil et aux formalités- Respect du règlement intérieur : pas d'entrée le vendredi après-midi- Edition systématique des identifiants des résidents par une photo		
Validation des ordonnances par le médecin avant de donner le traitement		

Transmissions obligatoires entre les IDE et modifications de l'organisation au niveau des horaires entre les deux IDE		
Procédure de vérification de l'identité des résidents au plus près des patients		
Pas de glissement de tâches : respect des fiches de poste		

f) Rédiger le rapport d'analyse

Ce dernier consistera à retracer le résultat des principales étapes de la méthode dans un rapport clair et lisible pour une personne externe au processus d'analyse pour servir de base à la décision du CREX.

Ainsi, le bon déroulement d'un CREX nécessite un soutien institutionnel incontournable et l'acceptation de la remise à plat des organisations et des pratiques de l'établissement. Il faudra mettre en place une organisation, choisir et s'approprier une méthode. Il est aussi essentiel d'accepter de passer de la culture de la faute à la culture de l'apprentissage par l'erreur sans rechercher forcément un coupable car les erreurs qui génèrent des risques sont souvent plutôt dues à une mauvaise organisation qu'à une défaillance humaine.

L'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe s'engage à travers la formation « Gestion des risques et des produits de santé », à former tous les professionnels d'une équipe contribuant à la prise en charge médicamenteuse du résident en EHPAD, et ceci dans le but de promouvoir la sécurité du patient et un circuit sécurisé du médicament

Au premier semestre 2018, pas moins de 105 personnes ont participé dans toute la Nouvelle Aquitaine, à la formation « Gestion des risques et des produits de santé ». Parmi elles, 30% travaillaient en EHPAD.

II. OPTIMISATION DU LIEN VILLE-HÔPITAL-EHPAD

Le résident est EHPAD, est un sujet complexe ; il est souvent doté de plusieurs pathologies et de plusieurs traitements quotidiens. De plus, de multiples intervenants viennent à sa rencontre dans un objectif médical, médico-social ou bien social. Il peut en effet, être amené à rencontrer plusieurs soignants : son médecin traitant, un ou plusieurs spécialistes, des médecins hospitaliers (s'il y a une hospitalisation), le médecin coordonnateur de l'EHPAD, des kinésithérapeutes, des infirmières, des dentistes ...

En plus des interventions médicales, le résident a une famille ou des proches qui la plupart du temps veillaient sur lui de manière régulière avant son entrée en institution.

Ainsi, de nombreuses informations concernant le patient vont transiter par tous ces soignants et proches mais la coordination de communication des informations entre ces derniers ne se fera pas forcément à chaque fois et le résident, en fonction de son âge et de son état, ne jugera peut être pas pertinent de rapporter tous les faits.

De là, va s'imposer un besoin d'une optimisation du lien entre :

- L'EHPAD et l'hôpital
- L'EHPAD et la ville

1) Optimisation du lien EHPAD-Ville : Flyer à destination des familles

Avant son entrée en EHPAD, le résident vivait soit à son domicile, soit chez un proche ou de la famille. De par sa perte d'autonomie ou la dégradation brutale de son état le sujet âgé ne pourra plus s'assumer tout seul ou représentera une charge de travail trop importante pour un tiers, de là s'imposera une institutionnalisation. Et si la prise en charge médicale par l'équipe soignante au sein de l'établissement au quotidien est un fait acté, le lien entre la ville et l'EHPAD à l'entrée du résident reste un maillon faible.

En effet, plusieurs informations pertinentes et essentielles au bon déroulement de l'entrée du résident et de ses prises médicamenteuses journalières, peuvent être omises soit par :

- Le résident, dont l'état cognitif ne permet plus de se souvenir d'informations appropriées
- La famille ou les proches qui ne sont pas nécessairement formés à la préparation de l'entrée en maison de retraite d'un proche

Ainsi, dans cette thèse le parti a été pris d'élaborer une ébauche de flyer à destination des familles, qui sera qui sera proposé au groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD piloté par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine et le centre antipoison et de Toxicovigilance sous couvert de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine. Le flyer abordera les thèmes suivants :

- L'entrée du résident en EHPAD et son traitement médicamenteux
- Le processus d'automédication qui peut être néfaste pour le sujet âgé

La première partie du flyer comportera les éléments essentiels sous forme de questions que les proches se doivent de se poser sur les traitements du parent avant que ce dernier entre en EHPAD. Le premier volet contiendra les questions à se poser « **Avant l'entrée en EHPAD** » et le deuxième volet, les questions à se poser « **Après l'entrée en EHPAD** »

a) Avant l'entrée en EHPAD

Avant l'entrée en EHPAD les proches devront en effet se poser les questions suivantes :

- Quels médicaments prend mon parent ?
- Ai-je bien toutes ses ordonnances même anciennes pour que l'équipe soignante puisse adopter le meilleur des suivis ?
- Ai-je vu le pharmacien au préalable pour réaliser une conciliation sur les traitements que prend mon parent ?
- Est-ce que je sais si mon parent est autonome pour la prise de ses médicaments ?

De cette façon, si les familles répondent correctement et agissent en conséquence, cela permettra une optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

En effet ;

- Toutes les ordonnances seront collectées même anciennes et une traçabilité optimale des traitements sera faite avec une diminution du risque d'interactions médicamenteuses entre plusieurs molécules
- Une conciliation médicamenteuse sera réalisée entre le pharmacien d'officine et un membre de la famille : la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge du patient sera donc assurée
- Le résident bénéficiera d'une aide s'il est jugé qu'il n'est pas autonome dans la prise de ses traitements

b) Après l'entrée en EHPAD

Après l'entrée en EHPAD, les proches auront la plupart du temps des interrogations qui se traduiront pour la majorité par les faits suivants :

- Si j'ai une interrogation sur le traitement de mon parent, j'en parle aux professionnels de l'EHPAD
- Je ne pratique pas l'automédication avec mon parent en EHPAD
- Si je remarque un changement dans le comportement de mon parent, qui pourrait être dû aux médicaments, j'en informe le personnel soignant

Ainsi, grâce à la vigilance des membres de la famille, les possibles effets secondaires des traitements pourront aussi être observés par les proches en plus de l'équipe soignante. Il est conseillé aussi dans ce deuxième volet de ne pas pratiquer l'automédication avec un parent en EHPAD, ce sera l'objet des prochains volets.

c) Automédication

Les volets 4, 5, et 6 de ce flyer explicatif seront consacrés à la prévention de l'automédication. En effet chez le sujet âgé, l'organisme subit de nombreuses modifications rendant plus dangereuses l'utilisation de certains médicaments avec des risques de surdosage par exemple. Il est donc expliqué que les parents en institution seront plus sensibles aux effets indésirables et leurs conséquences seront plus graves. Il est aussi dit que le rajout de médicament en plus de ceux qu'a prescrit le médecin peut exposer à des risques d'associations dangereuses. (46)

Enfin, des conseils seront donnés sur les principales affections et molécules utilisées chez les séniors :

- Les troubles du sommeil
- Les troubles gastriques
- La douleur
- La toux sèche
- La constipation
- Les plaies

Pour conclure, ce flyer servira de « guide » aux familles qui s'apprêtent à faire entrer un parent en EHPAD, il est présenté en Annexe 3 et se compose de 6 volets.

2) **Optimisation de la continuité de la prise médicamenteuse ville-EHPAD – hôpital**

Maintenant que le lien Ville-EHPAD, a été abordé, il serait fructueux de s'intéresser au lien Hôpital-EHPAD. En effet, à une époque où l'aire du numérique et de l'informatique bat son plein, l'outil présenté ci-après sera un outil, qui permettra à tous les professionnels de santé d'entrer en contact quel que soit l'heure ou l'endroit où ils se trouvent.

PAACO-Globule est l'outil régional de coordination et de communication en santé porté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine depuis 2012 et déployé par le GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine. Destiné aux professionnels de la prise en charge des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux, il favorise le partage et l'échange d'informations autour du patient pour une coordination décloisonnée des parcours et un maintien à domicile sécurisé.

PAACO/Globule est un outil collaboratif et communicant accessible lors des déplacements des professionnels de santé, à domicile par exemple. Il est disponible sur smartphones ainsi que tablettes, et est destiné à la coordination des parcours de santé.

C'est un outil numérique de la plateforme territoriale d'appui Santé Landes, mis en place dans le cadre du programme Territoires de soins numériques en Aquitaine.

PAACO/Globule est un outil numérique de coordination utilisable en web ou en mobilité et un mode déconnecté permet son utilisation partout, notamment au domicile des patients quand ils résident dans des zones isolées.

Les principales fonctionnalités de PAACO-Globule permettent :

- De suivre, de coordonner et de planifier la prise en charge d l'ensemble des parcours de santé
- De partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination
- De communiquer au sujet d'un patient sous forme de messages écrits, de notes vocales, de partages de photos et de documents via un tchat sécurisé
- De saisir et d'organiser des documents relatifs aux différents métiers en lien avec le parcours de soins du résident
- De saisir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et un Plan de Service Individualisé (PSI)
- De notifier des alertes et des tâches
- De réaliser des actes de télé expertises
- De suivre et d'organiser l'activité d'une structure de coordination
- De se documenter sur les relevés de constantes : poids, tension artérielle, température

Cet outil permet donc une coordination renforcée entre les professionnels de santé, de part une communication facile avec une plate-forme accessible. Son grand avantage est d'avoir une messagerie sécurisée. Il est également utilisé par les dispositifs de coordination des territoires PAERPA et par de nombreuses PTA (Plateforme territoriale d'Appui) en Nouvelle-Aquitaine.

2.1.1 PAACO en quelques chiffres

Depuis la mise en place de l'outil en 2016, c'est plus de 21 400 dossiers de prise en charge qui ont été constitués, 261 400 notes échangées et plus de 147 000 connexions. (48)

2.1.2 Exemple d'une des fonctionnalités de l'outil : l'espace traitement

Cet espace sera dédié à un lieu d'échanges et de partage, c'est un outil de recueil et d'informations sur les traitements pris et à prendre par le patient. Il permet le partage d'informations, l'optimisation des traitements, le suivi des patients et la coordination des acteurs au domicile. (49) L'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine a apporté son expertise à l'élaboration de cet espace dédié à la prise en charge médicamenteuse. Un MOOC à destination des professionnels de santé sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse grâce à l'espace traitement va être mis à disposition des professionnels par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine.

The screenshot shows the 'Traitement' (Treatment) interface of the PAACO tool. It features a patient list on the left, a central table of treatments, and various informational cards at the top. Annotations in yellow callouts point to specific elements:

- Un onglet spécifique**: Points to a green cross icon in the top navigation bar.
- Des cartes donnant des informations (alertes, commentaires)**: Points to the top section containing 'Bilan médicamenteux', 'Commentaire', and 'Alerte' cards.
- Une entrée par le dossier du patient**: Points to a patient entry 'test Alain' in the left sidebar.
- La durée (format date)**: Points to the date range 'du 28/11/17 au 28/12/17' in the table.
- Le traitement (dénomination, posologie, durée, conditions)**: Points to the text 'à confirmer! Janumet 50 mg/1000 mg, comprimé pelliculé 1 cp matin et soir pendant 1 mois'.
- La posologie (format tableau)**: Points to the dosage columns 'Matin', 'Midi', 'Soir', and 'Coucher'.

Date	Traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher
du 28/11/17 au 28/12/17	à confirmer! Janumet 50 mg/1000 mg, comprimé pelliculé 1 cp matin et soir pendant 1 mois Saisie par HAZARD Karine	1 cp		1 cp	
du 28/11/17 au 28/12/17	à confirmer! pravastatine teva 20 mg, comprimé 1 cp le soir pendant 1 mois Saisie par HAZARD Karine			1 cp	
du 28/11/17 au 28/12/17	cotiatric 5 mg/12,5 mg, comprimé 1 cp le matin pendant 1 mois Saisie par HAZARD Karine Confirmé par Dr PINGAULT ALICE le 28/11/17 17:33 (hier)	1 cp			
du 28/11/17 au 28/12/17	repaglinide teva 1 mg, comprimé 1 cp matin midi et soir pendant 1 mois Saisie par HAZARD Karine Confirmé par Dr PINGAULT ALICE le 28/11/17 09:22 (auj.d'hui)	1 cp	1 cp	1 cp	

Figure 26 : Représentation de l'espace « Traitement » de l'outil PAACO

2.1.3 Le retour des utilisateurs professionnels de santé

La plateforme remporte depuis ses débuts un franc succès auprès des utilisateurs. Elle fait fréquemment l'objet de demandes d'accès de la part de nombreux acteurs de santé aquitains. PAACO s'avère constituer un outil facilitant grandement la coordination avec des niveaux d'acceptabilité et d'utilisabilité très élevés. La messagerie sécurisée est notamment très appréciée car elle répond à des besoins d'échanges rapides et de communications quotidiennes.

Les utilisateurs soulignent également une appropriation facile ainsi qu'une réelle utilité et une complémentarité de la plateforme avec les autres outils de gestion.

2.1.4 Conclusion

La plateforme PAACO/Globule s'impose donc comme le carnet de liaison indispensable des professionnels de santé en contact avec des sujets âgés autant dans le médical, le médico-social que le social. Il permet ainsi une coordination :

- De proximité entre professionnels de santé : médecin, infirmier et pharmaciens
- De territoire et d'appui au parcours de soins
- De communication Ville-EHPAD et Hôpital-EHPAD

III. SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE PAR LA PRÉPARATION DES DOSES A ADMINISTRER (PDA)

Maintenant que la gestion du risques médicamenteux a été abordé et que les liens entre les EHPAD, la ville et l'hôpital ont été développé il serait pertinent de s'intéresser de plus près aux traitements des patients et plus exactement à leur préparation.

De plus, on sait qu'actuellement, un patient sur deux souffrant d'une maladie chronique ne suit pas correctement le traitement prescrit par son médecin ce qui peut avoir de graves conséquences comme notamment une moindre efficacité thérapeutique où à contrario des effets indésirables néfastes suite à un surdosage. Ce mauvais usage aura un impact sur la qualité et l'espérance de vie du malade et représentera donc un surcoût significatif pour notre système de protection sociale. Les catégories de personnes les plus exposées seront majoritairement les personnes âgées.

La prise en charge médicamenteuse de cette population amène donc à une vigilance particulière. Effectivement, les séniors auront très souvent des problèmes de déglutition imposant la modification des modalités d'administration des formes orales sèches : ouverture de gélules, écrasement d'un comprimé.

La Préparation des Doses à Administrer ou PDA représente l'une des meilleures solutions à cette situation car elle participe à la qualité et à la sécurité du résident et de son parcours médicamenteux. En effet, cette dernière consiste à préparer les doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription pour une période déterminée. Cette méthode vise à renforcer le respect et la sécurité du traitement ainsi que la traçabilité de son administration.

Ainsi, en sécurisant le circuit du médicament, on observe une réduction de 30 à 54% des évènements indésirables médicamenteux et une économie du temps infirmier qui sera dédié aux soins de 20%. L'efficience médico-économique est donc totale.

1) Les différentes étapes de la PDA

3.1.1 Prescription

La prescription sera meilleure dans tous les cas lorsqu'elle sera effectuée au sein de l'EHPAD. Le médecin traitant peut alors voir son patient et la sécurisation du circuit du médicament est améliorée. Les études estiment à 25% la réduction des erreurs médicamenteuses grâce à l'informatisation du circuit du médicament.

Cependant une formation des professionnels impliqués (prescripteurs, médecin coordonnateur, IDE, pharmacien) à l'utilisation du logiciel doit être prévue car son mésusage peut entraîner de grands risques iatrogènes. Il est à noter que la retranscription des prescriptions est interdite tout comme la saisie manuscrite par le médecin coordonnateur des prescriptions manuscrites de ses confrères médecins traitants, du moins il engage sa propre responsabilité.

Aussi, il convient d'éviter au maximum l'utilisation de deux supports distincts de prescription car l'absence de standardisation des modalités de prescription est une cause majeure d'iatrogénie médicamenteuse.

La transmission des prescriptions se fera par une interface entre les logiciels de l'EHPAD et la pharmacie d'officine. Cela optimise et sécurise la transmission des prescriptions. Cependant, quel que soit le mode de transmission de prescription, la confidentialité des données du patient devra être assurée. Une transmission par mail via des messageries classiques type « gmail » ou « outlook » n'est donc pas à envisager.

Les prescriptions envoyées à l'officine devront être validées par le pharmacien avant la préparation.

Il est à noter qu'avant toute préparation de piluliers par la PDA, une convention devra être obligatoirement établie entre l'EHPAD et la ou les pharmacies d'officine qui réaliseront cette PDA. La convention sera relative à l'approvisionnement en médicaments et précisera notamment les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation

pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments et ce, en lien avec le médecin coordonnateur. Elle désignera aussi un pharmacien référent et mentionnera la liberté de choix du patient pour l'officine d'approvisionnement.

Cette convention sera transmise par le directeur de l'EHPAD ou directeur général de l'ARS ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie et par les pharmaciens au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. Dans cette convention il conviendra de détailler les modalités de la PDA. (50)

3.1.2 Préparation

La préparation s'articulera en différentes étapes essentielles au bon fonctionnement de la PDA.

a) Formation du personnel

L'équipe soignante en charge de la PDA doit suivre une formation appropriée pour l'exécution de toutes les tâches de cette activité. Ce sera une formation enregistrée et évaluée. Toutes les personnes doivent avoir connaissance des procédures prévues à cet effet.

Le pharmacien habilité et responsable de la PDA sera le responsable des personnes autorisées à le seconder dans cette préparation de doses à administrer et il aura le devoir d'actualiser ses connaissances dans ce domaine-ci.

b) Hygiène du personnel

Plusieurs procédures seront établies. Elles seront relatives à la santé, la sécurité, l'hygiène et l'habillement du personnel. L'affectation du personnel à la PDA devra tenir compte de l'état de santé de l'équipe soignante. En effet, si une personne est atteinte, d'une affection respiratoire ou d'une maladie fortement contagieuse, cette activité sera déconseillée.

Par ailleurs, dans les zones dédiées à la PDA, il est interdit de manger, boire, fumer, introduire et conserver des denrées alimentaires.

Les règles d'hygiène au préparatoire sont appliquées selon les recommandations de bonnes pratiques de préparation. Par exemple, le lavage simple des mains ou leur friction avec des solutions hydro-alcooliques selon le protocole en vigueur est obligatoire avant la production.

c) Habillage du personnel

Lors du déconditionnement et de la gestion de médicament hors conditionnement primaire, il est recommandé de porter :

- Des gants à usage unique avec un changement de ces derniers à chaque pilulier
- Une charlotte
- Une blouse ou une sur-blouse dédiée au local de déconditionnement
- Un masque anti-poussière pour les médicaments générant des particules

d) Principes de base

La PDA peut être réalisé par plusieurs personnes de l'équipe soignante :

- Un infirmier au sein de l'EHPAD
- Un préparateur en pharmacie sous le contrôle du pharmacien à l'officine
- Un pharmacien d'officine

Quelque soit la méthode utilisée pour réaliser la PDA, cette dernière ne doit pas excéder 7 jours de traitement mais dans le cas où le conditionnement primaire de tous les médicaments est conservé, une préparation pour 28 jours est acceptée. En effet, une PDA effectuée pour une durée supérieure à 7 jours de traitement expose à une gestion plus complexe des modifications de traitement.

Certaines consignes de bases devront être respectées durant la préparation des piluliers :

- Ne pas déranger le personnel pendant la durée d'une préparation et effectuer la préparation en une seule fois, pour un même résident
- Vérifier que le pilulier soit vide et propre

- Vérifier la concordance du nom du patient avec celui porté sur l'ordonnance
- Préparer le pilulier au regard d'une prescription validée
- Vérifier le nom, le dosage du médicament, la date de péremption et sa posologie

Le conditionnement de préparation devra être hermétique et permettre un contrôle visuel immédiat de la préparation et des contrôles visuels des préparations seront faits par une personne qualifiée autre que celle ayant réalisé les piluliers.

En conclusion, il est important que tous les médicaments restent identifiables jusqu'à leur administration.

e) Etiquetage et contrôle

Les informations mentionnées sur le conditionnement des doses devront être clairement définies et comporter les caractéristiques suivantes :

- Identification du patient : nom, prénom, date de naissance, localisation au sein de l'établissement (chambre)
- Données concernant les médicaments : dénomination, dosage, quantité
- Date et heure de prise
- Identification de l'officine préparant les piluliers

Les éléments suivants sont facultatifs mais pourront aussi être rajoutés :

- La date et l'heure de la production du sachet
- Les recommandations de bon usage
- Une date limite d'utilisation (DLU)

Enfin, le contrôle des doses à administrer sera effectuée en fin de préparation par une personne habilitée et cette dernière devra s'assurer de vérifier les points critiques suivants :

- Etanchéité du conditionnement final
- Conformité du contenu par rapport à l'étiquetage

f) Entretien du matériel

L'entretien des piluliers, du robot et des logiciels servant à la PDA doit être défini avec une fréquence régulière et au sein d'une procédure. L'entretien devra également être tracé.

g) Gestion des retours et modifications de traitement

La transmission d'information de changement de traitement doit être effectuée selon les mêmes modalités que pour la transmission des prescriptions. Une procédure interne devra être établie concernant la prise en charge des modifications de traitement après livraison des piluliers. Dans ce cadre-là, un stock de médicament d'urgence définis par le médecin coordinateur et le pharmacien sera mis en place, à disposition au sein de l'EHPAD.

La gestion de retour des traitements non utilisés devra aussi être organisée et seront orientés vers la poubelle CYCLAMED.

h) Transport et Stockage des traitements PDA à l'EHPAD

Le transport se fera dans des contenants protégeant les sachets et piluliers de toute dégradation et ce de façon sécurisée. Au sein de l'établissement, les traitements PDA doivent être stockés dans un endroit sécurisé, fermé à clés et ranger dans des dispositifs identifiés au nom du patient. Le plus souvent, c'est l'infirmerie qui sera choisie comme endroit référent.

Par ailleurs, une zone de stockage distincte sera prévue pour les médicaments hors PDA comme les sirops, gouttes buvables ou collyres.

3.1.3 Administration

a) Vérification des traitements à la livraison

A la réception des traitements, la personne de l'officine en charge d'amener les médicaments à l'EHPAD réalise une traçabilité des traitements avec le plus souvent l'infirmier de l'établissement, afin de contrôler la livraison. Toute anomalie doit faire l'objet d'un enregistrement afin de mettre en places des mesures correctives.

Tous les médicaments inclus dans la PDA devront mentionner les nom et prénom du résident auxquels ils sont destinés.

Certaines circonstances imposent des consignes particulières.

- ✓ Une liste des durées de conservation après ouverture des formes multi doses doit être mise à disposition par le pharmacien dans l'EHPAD
- ✓ Chaque flacon de formes liquides multi-doses (collyres, suspensions buvables) doit être réservé à un seul résident et son conditionnement doit porter le nom du résident.
- ✓ Le système d'administration telle que la cuillère doseuse, la pipette doit être réservé un seul résident et à la seule spécialité pharmaceutique à laquelle il a été associé. Son nettoyage sera systématique après chaque utilisation.

b) Recommandations de broyage

Le pharmacien référent d'officine se chargeant de la PDA, doit transmettre à l'EHPAD, la liste des médicaments écrasables et des gélules que l'on peut ouvrir.

Cependant, avant d'envisager le broyage, le médecin traitant doit penser la prescription d'une autre forme galénique adaptée à l'état du patient lorsqu'elle existe.

L'Omédit de Haute Normandie et la Société Française de pharmacie Clinique a mis en œuvre en Juin 2015, une liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules pouvant être ouvertes. Cette liste doit se trouver dans l'établissement et devra être adaptée de manière préférentielle à l'EHPAD.

Les principales règles à respecter avant d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule sont :

- Ne pas écraser les comprimés contenant des substances à marges thérapeutiques étroites ou irritantes et les comprimés enrobés, gastro-résistants ou à libération prolongée
- Ne pas ouvrir les capsules molles
- Utiliser des broyeurs mécaniques avec sachets à usage unique
- Broyer les médicaments juste avant la prise, unité par unité.

3.1.4 Traçabilité des administrations

Il conviendra de tracer l'administration des traitements administré par le personnel soignant habilité à le faire, à savoir, les aides-soignantes et les infirmières. La non-administration doit faire l'objet d'une traçabilité avec les raisons indiquées ou d'une transmission ciblée.

En cas de survenue d'effets indésirables médicamenteux graves ou inattendus, la direction de l'EHPAD devra en faire la signalisation au centre de pharmacovigilance de sa région donc ici, au centre de pharmacovigilance de Nouvelle Aquitaine qui se trouve à Bordeaux.

2) Les différents types de PDA

L'élément principal, acteur clés de la PDA, est le pilulier. Il variera cependant en fonction de plusieurs facteurs :

- Sa forme : rigide avec plusieurs alvéoles ou souple en sachet
- Sa contenance : un jour, une semaine, un mois
- Son contenu : un ou plusieurs principes actifs dans la même alvéole
- Son mode de préparation : manuel, semi-automatisé ou automatisé

La préparation des doses à administrer peut se faire selon 3 méthodes : manuelle, semi-automatisée et automatique. Nous verrons un à un ces différents types de PDA, leur avantages à chacun ainsi que leur inconvénients.

3.2.1 PDA Manuelle

Ces piluliers hebdomadaires sont remplis manuellement chaque semaine par un personnel qualifié, à savoir un pharmacien ou un préparateur en pharmacie sous l'égide du pharmacien.

Ils sont repartis en doses à administrer : matin, midi, soir et coucher et se composent d'alvéoles où mettre les comprimés pour chaque jour de la semaine.

Le médicament sera déconditionné puis reconditionné selon le schéma de l'ordonnance. Toutes les autres spécialités sous forme de solutions, sirops, patchs seront posées sur le chariot de l'infirmier avec le nom des résidents et ce dernier sera placé dans un local accessible seulement au personnel soignant.

a. Réalisation type d'une PDA manuelle suite à un audit dans un EHPAD des Landes

Le 9 Août 2018, j'ai réalisé un audit dans l'EHPAD de l'Estele à Hagetmau dans les Landes (Département 40) dans le cadre de ma thèse, afin de mieux connaître les différentes techniques de PDA utilisées actuellement par les officines et les EHPAD. (51)

C'est un établissement sans PUI, qui délègue l'action de la PDA à 3 officines dont l'officine Pharmacie Centrale d'Hagetmau que j'ai visité. Les patients de l'EHPAD sont répartis en 3 groupes de manière aléatoire sur 3 pharmacies différentes pour la confection des traitements et la Pharmacie Centrale s'occupe de 35 patients sur 78.

La PDA est manuelle et elle existe depuis 1 an, les piluliers sont réalisés pour 1 mois. Deux personnes sont habilitées à la faire ; une référente et une préparatrice, toutes deux formées à cela auparavant.

o Réalisation

La réalisation se fait de manière manuelle par la préparatrice avec le logiciel MEDISSIMO.

Une salle de 5m² est dédiée à la PDA, sur un des comptoirs est posé l'ordinateur et sur l'autre le matériel pour la confection. La préparatrice se lave les mains dans un premier temps avec du gel hydro alcoolique. Elle ne met pas de gants pour des raisons pratiques telles que le cassage des comprimés sécables mais se lave les mains entre chaque patients.

Une fois le logiciel ouvert, Medissimo donne un numéro de fiche pour chaque patient. Seront introduits dans les plaquettes les comprimés sécables et les gélules, de ce fait les autres types de galéniques (gouttes, sirops ...) seront donnés directement.

Le médecin rédige son ordonnance sur le programme de soins. À partir de la prescription du patient, le pharmacien renseigne sur le logiciel de traçabilité :

- le traitement
- la posologie
- les numéros de lot
- les dates de péremption médicament par médicament,

La préparatrice importe les médicaments, les moments de prises et les posologies dans son système d'information (photo 1). Avec la Data Matrix (photo 2) elle scanne les dates et les lots de péremption. La préparatrice trace tous les médicaments de l'ordonnance, facturés ou non, préparés en piluliers ou en boîtes. La préparatrice édite pour l'infirmière le document de validation de l'administration, pour le médecin le document de tous les traitements en cours et pour le pharmacien, le document des excédents à des fins de maîtrise de dépenses.

Figure 27 : Photo du système informatique

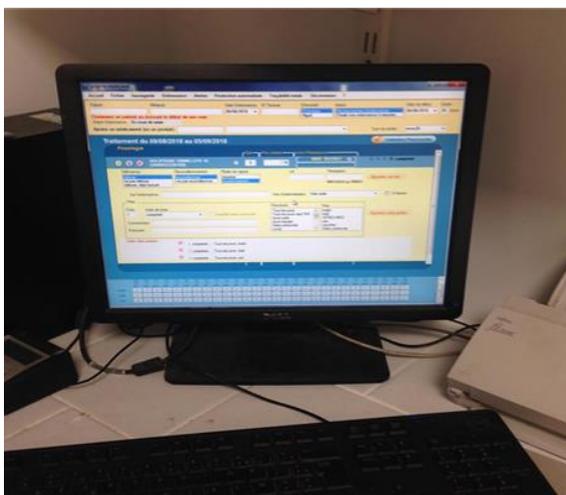
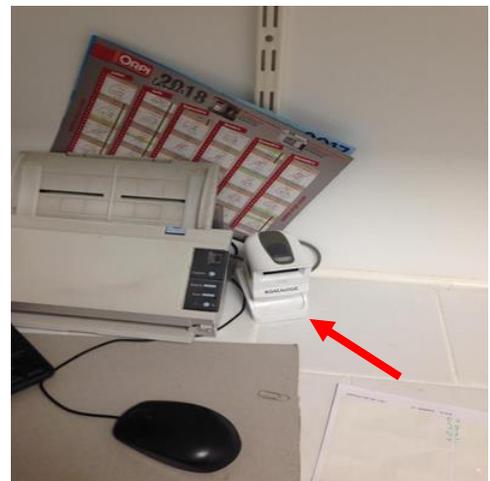
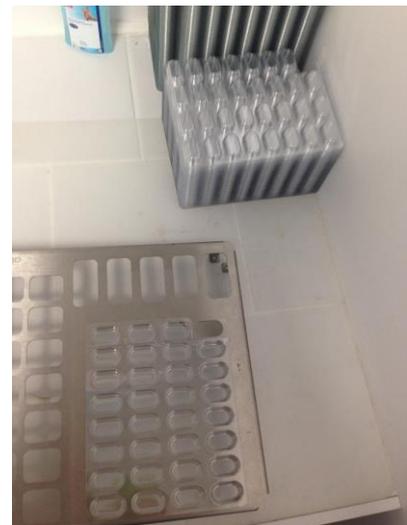


Figure 28 : Photo du DataMatrix



○ Préparation du traitement :

La préparatrice pose le socle en acier devant elle et y intègre les piluliers en plastique. Il existe deux tailles différentes de modèles en plastiques en fonction des traitements ; petits comprimés ou grosses gélules par exemple.



Figures 29 et 30 : Photo des deux tailles différentes des piluliers

Elle remplit chaque case du même pilulier par le même comprimé. De là, elle va recouvrir le pilulier en plastique par une couverture de couleur en carton correspondant spécifiquement à un moment de la journée :

- Rose pour le matin
- Jaune pour le midi
- Orange pour le soir
- Bleu pour le coucher
- Gris pour les « Si besoin »

Figure 31 : Photo des différentes couvertures de couleurs correspondant à un moment de la journée



La préparatrice suit l'ordonnance médicament par médicament et contrôle attentivement chaque posologie. Une plaquette correspondra à un traitement (ex : si le patient a 10 lignes de traitements, il y aura 10 plaquettes)

Une fois cette action réalisée pour toutes les lignes de traitements elle va rassembler les plaquettes d'une même couleur et les attacher à l'aide d'un cercle de plastique. Et il y aura une fiche de rappel pour tout ce qui ne peut pas être mis sous blister.

Elle étiquette le pilulier préparé et contrôlé, elle étiquette le sac du résident et elle dépose l'ordonnance, les piluliers et leurs notices, les boîtes nominatives, le pilulier de rappel et les documents de suivi dans le sac en plastique à l'effigie du patient. Chaque ordonnance a sa pochette.

S'il y a un changement de traitement, l'EHPAD renvoie le pilulier à l'officine, la préparatrice reconditionne le pilulier et elle intègre les nouveaux traitements.

Cela prend à la préparatrice, 3h par semaine et par groupe. La livraison à l'EHPAD est rapide, c'est la préparatrice qui s'en charge à pied (faible distance entre les deux établissements). Elle dépose les sacs dans un local fermé à clé.

○ Distribution à l'EHPAD

Le stockage se fait dans des grands charriots roulants où les piluliers sont classés par ordre alphabétique. Les médicaments ne rentrant pas dans le pilulier sont stockés dans une armoire dans la salle de stockage, c'est notamment le cas du Kardégic.

Lors de la distribution, les infirmières passent entre les tables avec le chariot roulant et en même temps procèdent à une double vérification d'administration et de distribution grâce au logiciel TITAN qu'elles ont sur une tablette portable. Sur chaque pilulier il y a la photo du résident pour éviter des erreurs d'identitovigilance.

Les Aides-Soignantes ont le droit de distribuer les traitements par autorisation de délégation d'une IDE.

Pour la nuit, une boîte en plastique est laissée à l'intention des infirmières où se trouvent les médicaments en si besoin.

Paielement par l'EHPAD du matériel de distribution et des charriots mais la PDA a permis de grandes économie de par son gain de temps, la sécurisation du médicament et enfin la diminution des erreurs de distribution.

b. Avantages de la PDA manuelle

- Une alvéole contient un seul médicament
- En cas de modification de traitement, le surcoût est limité aux seuls traitements modifiés et non à la totalité du traitement
- La compréhension des piluliers est très intuitive du fait que chaque médicament corresponde à une plaquette
- Un pilulier est dédié aux prises intermédiaires « Si besoins » qui sont des traitements que la personne ne prend pas nécessairement tous les jours

c. Inconvénients de la PDA manuelle

- Déconditionnement préalable nécessaire, engagement de la responsabilité du pharmacien
- Perte de la DLU initiale (Date Limite d'Utilisation) car préparation pour 7 jours
- Nécessité de traitements particuliers des déchets de la PDA en rapport avec la confidentialité des patients
- Préparation et déblisterisation chronophage pour l'officine

3.2.2 PDA semi-automatisée

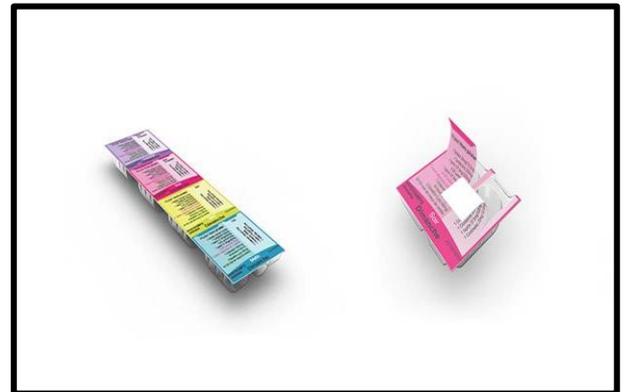
On parle de système semi-automatisé quand les procédés utilisent un outil informatique pour guider à la répartition des doses dans les piluliers. Cependant, le dépôt des comprimés dans les alvéoles du pilulier se fait par une personne qualifiée et non par un robot.

Différents sous-traitants de PDA ont développé ce système avec un principe de fonctionnement relativement similaire : MDOSE, OREUS, PRACTICIMA ... La présentation du

pilulier est assez équivalente d'un prestataire à un autre, ce seront généralement des plateaux en plastiques souples recouverts d'un film autocollant avec sur la partie visible pour le professionnel de santé, toutes les informations sur le traitement du patient.

Les médicaments sont déconditionnés manuellement ou avec une déconditionneuse puis reconditionnés dans des piluliers en plastique destinés à l'équipe soignante de l'EHPAD.

Les figures suivantes représentent les différents piluliers des prestataires réalisant la PDA pour les EHPAD mais sont composés généralement par le même principe : Carte blistérée multi-compartimentée, à usage unique, en PVC dans laquelle seront insérés les comprimés et gélules répartis en 4 prises pour les 7 jours de la semaine.



Figures 32 et 33 : Système MDOSE



Figure 34 et 35 : Système OREUS



Figure 36 : Système Practicima

- a) Réalisation type d'une PDA semi-automatisée suite à un audit dans un EHPAD des Landes

J'ai ensuite continué mon apprentissage sur la PDA en visitant l'EHPAD « Maison de Retraite de la Visitation » à Orthez le 10 Août 2018, cet établissement effectue une PDA semi-automatisée. (52)

C'est un EHPAD avec PUI, où est réalisée la PDA par une préparatrice en pharmacie d'une officine d'Orthez qui vient préparer les piluliers.

La PDA se déroule dans la PUI qui est une salle de 20m². A gauche se trouve le comptoir avec l'ordinateur et le robot. Le robot se nomme OREUS et dans ce cas les traitements sont réalisés par semaine du samedi au samedi.

Ici il y a une grande armoire avec une boîte en plastique par patient où se trouve tous les traitements de ce dernier. La préparatrice prend la boîte et l'apporte à côté du robot. Elle commence ensuite la PDA.

Les piluliers sont réalisés pour une semaine et ils se présentent ainsi : 4 grandes colonnes de 4 couleurs différentes qui correspondent aux différents moments de la journée : matin, midi, soir et coucher. Dans chaque colonne on peut détacher un des 7 rectangles qui correspondent aux 7 jours de la semaine.

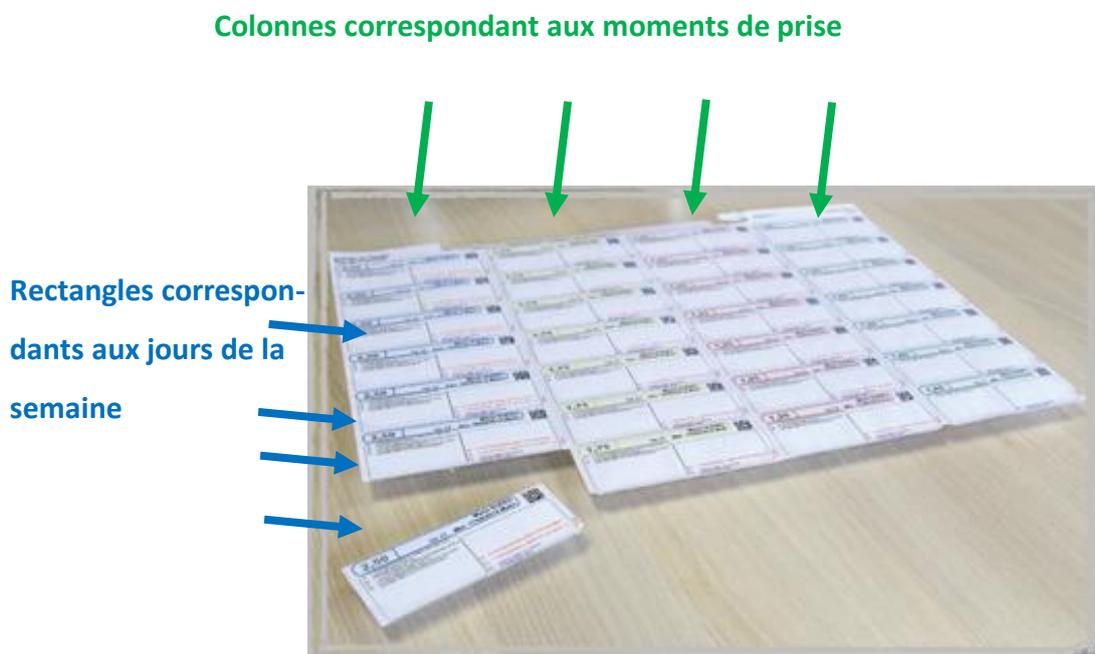


Figure 37 : Représentation d'un pilulier d'une semaine divisé en 4 colonnes principales

Le système OREUS contient un écran d'ordinateur posé à plat, dessus se tient un socle en acier (semblable à celui de la PDA manuelle) et on trouve au-dessus une webcam (figure 38 et 39). Lorsque la préparatrice va allumer le système et commencer le pilulier d'un patient, il va s'afficher sur l'écran les comprimés à mettre dans chaque compartiment, ceci est indiqué par

une case noire ainsi case noire = endroit où déposer le comprimé. De ce fait la préparatrice a une double assurance en mettant le comprimé dans le compartiment car elle voit qu'il s'affiche à l'écran. La webcam permet de vérifier que le comprimé déposé dans le compartiment est semblable à celui décrit sur l'écran de l'ordinateur.

La préparatrice remplit le pilulier du bas vers le haut et de gauche à droite. Il lui faut environ 9h pour effectuer les piluliers de 70 patients.

A la différence de la PDA manuelle, ici les plaquettes de piluliers peuvent contenir plusieurs comprimés. En effet chaque rectangle détachable ne contient que 6 petits compartiment donc si le patient a plus de 6 lignes de traitements au moment de la prise, cela pose un problème.



Figure 38 et 39 : Système OREUS

- Distribution a l'EHPAD :

Une fois les piluliers terminés, la préparatrice va dans une salle à côté déposer ces derniers sur un présentoir prévu à cet effet. De ce fait lorsque les infirmières arrivent pour les prendre ils sont à leur portée. Il faut noter que les médicaments non présents dans le pilulier seront annotés en rouge sur le pilulier et l'infirmière le rajoutera directement lors de la distribution.

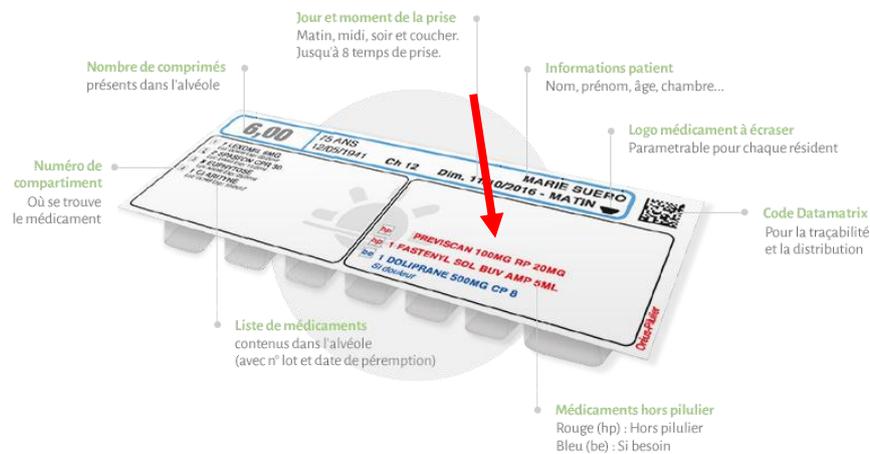


Figure 40 : Blister obtenu par PDA semi-automatisée

Chaque blister (figure 40) est scellé par un papier aluminium adhésif et comporte une étiquette nominative sur laquelle seront mentionnés :

- La date de la semaine e cours en haut à droite
- Le nom et le prénom du patient
- Le jour, la date et le nom du temps de prise dans son code couleur
- La liste de tous les médicaments contenus dans l'alvéole avec les numéros de compartiments dans lesquels ils se trouvent
- Le nom, la spécialité du médicament, le dosage et la posologie
- Un code Data Matrix pour la traçabilité lors de l'administration du médicament

Ensuite lors de la distribution, elles détacheront le blister correspondant au jour et au moment de la prise et tous les blisters de chaque patient seront disposés sur un plateau, prêts à être délivrés.



Figure 41 : Plateau contenant tous les blisters des résidents prêts à être distribués

b) Avantages de la PDA semi-automatisée

- Traçabilité efficace grâce aux logiciels prévus, beaucoup d'informations pouvant y figurer
- La présence optionnelle de la photographie du résident peut contribuer à diminuer le risque d'erreur d'identification en cas de noms de famille similaires par exemple
- Sur l'étiquette sont notés les médicaments à prendre hors pilulier permettant d'éviter les oublis lors de l'administration
- L'utilisation par le personnel infirmier est facile d'utilisation
- Le risque de contamination croisée est diminué par l'utilisation du matériel à usage unique recyclable

c) Inconvénients de la PDA semi-automatisée

- Coût élevé pour le pharmacien des logiciels informatique, du matériel consommable et des chariots
- Problème vis-à-vis de son AMM car le médicament est retiré de son emballage d'origine
- Opération chronophage pour le pharmacien ou le préparateur qui s'en occupe

- Risque de contamination pour les systèmes où plusieurs comprimés sont insérés dans une même case

3.2.3 PDA automatisée

La PDA automatisée permet de réaliser des piluliers nominatifs concernant la ou les prises des patients grâce à un automate. Les médicaments sont conditionnés sous forme de sachets-doses ou sous forme de piluliers rigides.

Il existe plusieurs tailles d'automates de PDA : qui peuvent contenir de 80 à 500 cassettes et chaque cassette ne peut contenir qu'une seule spécialité, qui est calibrée en fonction de sa taille et de sa forme.

a) Etapes de la PDA automatisée

Le traitement du patient est déconditionné ; chaque spécialité est intégrée dans les cassettes de l'automate. Ces dernières sont calibrées à la taille et à la forme de chaque comprimé. (53)

Il y a possibilité d'intégrer des fractions de doses de médicaments ou des spécialités moins fréquemment utilisées en les insérant dans des plateaux à des emplacements numérotés qui recueille le ou les comprimés à mettre dans les sachets

Le pharmacien indique dans le logiciel de l'automate, le lot et la date de péremption des spécialités déconditionnées. Toutes les informations qui sont disponibles par voie électronique peuvent être imprimées sur le sachet, comme le nom du résident, le numéro de la chambre, le nom du médicament, la posologie ...

A partir de la prescription médicale du patient, le pharmacien planifie sur le logiciel de l'automate la posologie du patient, médicament par médicament

L'automate va produire des sachets-dose ou un pilulier correspondant au traitement du patient pour une durée de 7 à 28 jours

Le pharmacien devra contrôler la production réalisée et la valider avant la délivrance. Ce contrôle peut être fait manuellement ou à l'aide d'une machine de contrôle.



Figure 42 : Automate VBM 200F du prestataire Omnicell réalisant de la PDA automatisée



Figure 43 : Formes sèches orales « en vrac » et pilulier rigide suite à la mise en œuvre d'une PDA automatisée

b) Avantage de la PDA automatisée

- Réduction du risque d'erreur
- Conservation de la traçabilité des médicaments
- Cadence rapide de préparation et gain de temps
- Systèmes de sachets mono doses peu encombrants
- Diminution des tâches répétitives pour le pharmacien

c) Inconvénients de la PDA automatisée

- Nécessité d'une maintenance et d'un entretien régulier
- Automate très encombrant, nécessité d'une superficie adéquate pour l'installer
- Coût de l'achat du robot, de la maintenance et de l'entretien très élevé
- Déconditionnement préalable nécessaire
- Toutes les formes sèches ne peuvent pas être utilisées : sensible à l'humidité, stupéfiants, lyocs, effervescents ...
- Panne possible de l'automate
- L'automatisation n'empêche pas le contrôle par le personnel de l'équipe médicale

3) Le rôle du pharmacien référent

Au-delà de la préparation, le pharmacien référent en charge de la PDA, a d'autres missions dans l'optique d'assurer le bon déroulement de la PDA dans son officine. Voici les principaux objectifs que le pharmacien doit s'assurer d'accomplir.

3.3.1 Modalités de fonctionnement de la PDA

Le pharmacien devra fournir à l'EHPAD, les modalités de fonctionnement de la PDA, le plus souvent sous forme de procédure ou de fiche technique. Dedans seront répertoriés :

- Les instructions d'utilisation de l'emballage de la PDA
- La procédure en cas de conditionnement manquants ou perdus
- L'inclusion des produits nouvellement prescrits
- Le mode de conservation des conditionnements
- Le conseil sur le bon usage du médicament pour le personnel soignant
- La liste des médicaments broyables
- La liste des équivalences princeps-génériques

Il travaillera en collaboration avec les médecins traitants des résidents, le médecin coordonnateur de l'EHPAD et l'équipe soignante.

a) Assurance de la qualité et de la gestion des risques

L'Ordre National des pharmaciens met à disposition pour les pharmaciens d'officine un dispositif nommé eQo (Evaluation de la Qualité en Officine). Ce site internet est conçu pour accompagner le pharmacien et l'équipe médicale dans la démarche qualité afin de sécuriser les actes pharmaceutiques et le circuit du médicament. (50)

b) Documentation

Un système qualité comportant des procédures écrites décrivant l'ensemble des étapes de la PDA doivent être mises en place. Ces procédures concernent principalement :

- Les notions relatives à la santé, à l'hygiène et à l'habillement du personnel
- La qualification du personnel
- La qualification du matériel
- Les contrôles
- Les conditionnements de transport
- Les informations à fournir au personnel soignant

c) Indicateurs

Il est possible et conseillé au pharmacien de mettre en place un suivi d'indicateurs dans le but d'une amélioration continue du processus de PDA avec une mise en place de mesures correctives et préventives.

Il y aura les indicateurs d'activité portant par exemple sur :

- La fréquence de changement de traitement
- Le nombre d'étapes nécessaires à la réalisation de la PDA

Et les indicateurs de non-conformité traitant par exemple du :

- Taux d'erreurs de préparation détectées par l'officine
- Délai nécessaire à la modification de pilulier

Le pharmacien s'assurera de la mise en œuvre d'un système permettant le traitement des non-conformités ou réclamations. Ces dernières seront examinées et des mesures appropriées seront réalisées pour éviter le renouvellement des défauts identifiés.

4 Les points discutables de la PDA

Même si comme vu précédemment la PDA requiert toutes les qualités afin d'assurer un circuit du médicament optimal et une nette diminution de la iatrogénie dans les EHPAD, elle contient cependant quelques points contestables.

Effectivement lors des 2 audits que j'ai réalisés dans 2 EHPAD différents, il s'est avéré que certaines étapes présentaient soit des contestations de la part de l'équipe médicale, soit l'acte incontesté d'une amélioration possible.

3.4.1 Pas de processus d'auto-évaluation

Lors de la réalisation de la PDA, le préparateur ou pharmacien ne dispose pas, que soit de la PDA manuelle, semi automatisée ou automatisée, d'un procédé qui pourrait lui permettre de s'autoévaluer.

En effet plusieurs éléments pourraient être rappelés à ce dernier

- Introduction de nouvelles ordonnances pour un patient
- Considérer les traitements ponctuels pour un patient qui n'apparaît pas dans la PDA
- Considérer les traitements mis au frigo lors de la mise en boîte pour la livraison
- Distinguer les ordonnances Non renouvelables des Renouvelables

3.4.2 Difficulté face au conditionnement des comprimés

- Comprimés friables : s'effritent facilement surtout en cas de fortes chaleurs
- PDA automatisée : film plastique des sachets uni doses trop solide donc difficultés pour les IDE de l'ouvrir, nécessité de le percer avec les ongles, l'hygiène sera moindre

- Médicaments insérés dans la même alvéole du pilulier : si jamais retrait d'un de ces derniers, le blister doit être découpé donc lésé et reconditionné avec du scotch : possibilité de perte médicamenteuse et de contamination extérieure



Figure 45 : Alvéole d'un pilulier d'une PDA semi-automatisée

5) Leviers d'amélioration de la PDA

Afin de palier à ces difficultés, nous nous sommes appuyés sur un travail collaboratif porté par Marion Saly (interne en pharmacie à l'ARS Nouvelle-Aquitaine) sur l'élaboration d'un cahier des charges pour une PDA optimale (54). Ce dernier regroupe toutes les étapes de la réalisation d'une PDA, qu'elle soit manuelle, semi-automatisée ou automatisée allant de la prescription à la livraison des piluliers.

Ce cahier des charges permettra aux professionnels de santé acteurs de la PDA, de s'assurer qu'ils ont tous les bons éléments à toutes les étapes critiques de cette préparation, à savoir :

- La prescription médicamenteuse
- La gestion administrative et technique
- La transmission des informations dans le logiciel de la PDA
- La production
- La livraison

Ci-joint en annexe le cahier des charges version PDF, et ci-après ce dernier uniquement sous forme de tableau.

CAHIER DES CHARGES POUR UNE UTILISATION OPTIMALE DE LA PDA

PRESCRIPTION

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Convention établie Officine-EHPAD	
Référent PDA au sein de l'EHPAD désignée	
Pharmacien PDA référent désigné	
Participation aux commissions de coordination	
Organisation sur le mode de transmission des ordonnances	
Gestion des urgences	
Liste des médicaments pour besoin urgent établi	
Existence de logiciels informatiques	

GESTION ADMINISTRATIVE

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Transmissions informatisées des ordonnances	
Modes de transmissions permet d'assurer la confidentialité des données patients	
Transmission dans les délais impartis afin de donner le temps au préparateur	

ANALYSE PHARMACEUTIQUE

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Traçabilité optimale mise en place pour tous les patients	
Médicaments en DCI, moments de prise, posologie inscrites	
Validation éditée après chaque préparation	
Traçabilité papier de chaque préparation	

TRANSMISSION INFORMATIONS DANS LE LOGICIEL DE PDA

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Consultation de l'historique patient à l'officine	
Consultation du Dossier Patient de l'EHPAD, accès au DP	
Réalisation du Dossier Médical Partagé	
Réalisation du Bilan Partagé de Médication	
Gestion des non conformités (intervention pharmaceutique)	
Gestion d'une modification de traitement	

PRODUCTION

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Planning de production à l'officine	
Gestion des stocks	
Liste des médicaments gérés en automate	
Liste des médicaments pour besoins urgents	
Gestion des périmés	
Gestion des retraits de lots	
Traçabilité des traitements non gérés par automate	
Lisibilité des prescriptions sur le pilulier	

Gestion des modifications/substitutions de traitements
Moyens appropriés en locaux, personnel, équipements et systèmes d'information
Habilitation du personnel réalisant la PDA par le titulaire d'officine
Formation continue du personnel sur la PDA
Maintenance de l'automate prévue par une procédure adaptée
Nettoyage de l'automate selon une procédure spécifique et à une périodicité définie
Lieux de stockage des médicaments servant à la PDA
Gestion des ajouts/suppressions de médicaments dans les compartiments du pilulier

LIVRAISON

POINTS CRITIQUES	Oui / Non
Planning de livraison	
Gestion des non conformités	
Système de déclaration des EI	

La Préparation des Doses à Administrer s'impose donc aujourd'hui comme un levier certain d'une amélioration de la iatrogénie en EHPAD de par ses piluliers qui permettent au patient ou à l'aidant de n'omettre aucunes molécules.

IV. PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

En raison du vieillissement de la population, de plus en plus de personnes âgées sont exposées aux médicaments. Cependant, le nombre de médicaments prescrits est généralement élevé et la prescription souvent inappropriée. Les modifications dans cette population, de la composition corporelle, des carences nutritionnelles et des altérations de la fonction rénale provoquent des risques d'accumulation, de toxicité et d'interactions médicamenteuses. La pathologie iatrogène est fréquente, source d'hospitalisation et d'aggravation du déclin fonctionnel. Ainsi, une sensibilisation particulière des équipes de soins doit être entreprise afin de limiter l'impact de ce véritable problème de santé publique.

Plusieurs études ont mis en exergue le nombre important de médicaments prescrits avec l'avancée en âge. Il s'agit principalement de produits contre le diabète, l'hypertension artérielle ou les problèmes veineux. En moyenne les patients avaient obtenu des ordonnances de 2 à 3 médecins différents. Selon l'Assurance Maladie, cette iatrogénie est responsable de 283 000 Accidents Iatrogènes Médicamenteux (AIM) et 115 000 hospitalisations dont environ 7500 décès de personnes âgées polymédiquées chaque année en France. (55)

Par ailleurs, le 10 Janvier 2019, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) dirigée par Jean-Marc Aubert, a présenté une liste d'indicateurs de santé en rapport avec la Stratégie nationale de Santé 2018-2022 (56). Il s'agit de vingt indicateurs qui ont été identifiés à partir des axes et des objectifs stratégiques de la Stratégie Nationale de Santé en tenant compte des différents déterminants de santé, y compris le système de soins.

L'indicateur 14, dont l'intitulé est « Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année chez les personnes de plus de 75 ans » vise donc à mettre en œuvre une pertinence optimale des prescriptions médicamenteuses chez les seniors dans le futur à venir.

Ainsi, tout comme le gouvernement souhaite le mettre en place, il est primordial d'agir au niveau de l'étape première du circuit du médicament, celle en amont de tout et à l'origine du reste du parcours du médicament : la prescription.

1) Les référentiels

Plusieurs référentiels ont été mis en place par les institutions de santé et les professionnels de santé afin de permettre une meilleure pertinence des prescriptions en agissant en amont de cette dernière.

4.1.1 La liste STOPP AND START V2

C'est une liste de prescriptions potentiellement inappropriée dans des situations courantes chez les personnes âgées. Elle est basée sur l'évidence clinique actuelle, incluant des erreurs couramment rencontrées, des interactions médicamenteuses ou médicament-pathologie, ou bien des erreurs par omission de médicaments. (57) (58) (59)

Elle a été créée par les chercheurs et médecins anglophones suivants : O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C et Gallagher P. Après une première version de constituée, une nouvelle version anglaise des critères de STOPP/START V2 a été publiée en 2015 et a pris en considération, les dernières recommandations ainsi que l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments. Un panel international d'experts francophones, en a réalisé l'adaptation française.

L'intérêt de cette liste, est d'optimiser la prescription chez le sujet âgé et de systématiser l'identification des prescriptions inappropriées.

Le STOPP correspondra à: "Screening Tool of Older Person's Prescriptions" soit la minimisation des risques d'effets indésirables en stoppant les médicaments avec un bénéfice-risque défavorable.

Le START quant à lui signifiera : « Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment » soit l'amorce d'un traitement avec un bénéfice risque favorable.

a) Comment utiliser les critères STOPP&START ?

Ces derniers s'intègrent à une démarche globale de la prise en charge du patient âgé et sont destinés à tous les professionnels de santé. L'outil permet entre autre de mettre en évidence les médicaments du système cardiovasculaire et neurologiques, qui sont deux thérapeutiques majoritairement utilisées chez les séniors.

Si son utilisation est assez intuitive, elle nécessite cependant des étapes préalables avant son utilisation. Ainsi il faut

- S'assurer de travailler sur la liste exhaustive des médicaments réellement consommés par le patient en prenant en compte l'automédication et les traitements non pris
- Prendre en compte certains paramètres biologiques et cliniques du patient : natrémie, kaliémie, clairance rénales, tension artérielle, poids ...

- Avoir à disposition les antécédents et comorbidités des patients et si possibles des principaux symptômes de vieillesse : troubles cognitifs, incontinence urinaire, trouble de la marche et de l'équilibre ...

La liste STOPP&START se présente comme suit, elle est ici regroupée par classes de médicaments.

Pour la partie STOPP, la colonne de gauche représente les classes de médicaments rassemblées par systèmes : le système neuropsychiatrie, hématologique, cardiovasculaire, endocrinien ... La seconde colonne comporte les situations dans lesquelles une utilisation des médicaments de la première colonne sera proscrite avec. Par exemple l'aspirine sera proscrite avec un anticoagulant oral pour une fibrillation atriale ou avec du Clopidogrel en prévention secondaire de l'AVC. En effet, l'association de ces 2 molécules induirait un risque de saignement plus important.

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)		Dans tous les cas
N E U R O P S Y C H I A T R I E H E M O S T A S I E	benzodiazépine	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire
	Z-drug (sommifère)	Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone)
	neuroleptique	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1 ^{ère} ligne
	antidépresseur tricyclique	& dépression, en 1 ^{ère} ligne
	vu effet anticholinergique	& démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
	antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na ⁺ < 130mmol/l) concomitante ou récente
	inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexplicables
	L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
	opiacé fort	& douleur légère, en 1 ^{ère} ligne
	aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2 ^{ème} de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
	antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable
	anticoagulant oral	Dans tous les cas, la ticlopidine & risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)

Figure 46 : Liste non exhaustive des critères STOPP V2 regroupés par médicaments

Pour la liste START, le principe est le même mais il s'agira cette fois ci de parler des situations dans laquelle il est bénéfique d'apporter telle ou telle molécule. Par exemple, lors de chutes répétées ou d'ostéoporose chez un patient, il sera intéressant de proposer une supplémentation en vitamine D pour assurer un maintien osseux optimal.

Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales

START.v2 : situation médicale	→ médicament : envisager de le débiter
chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
L ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
O corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
O polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
M méthotrexate	→ acide folique
goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
C hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
A fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
R athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
D cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
I insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
O diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
N symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
U maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
R maladie d'Alzheimer, légère-moderée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
O maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
opiacés régulièrement	→ laxatif
douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
R asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré
E → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère	
S hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
P vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
D reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
I maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
U vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
G prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

Figure 47 : Liste exhaustive des critères START V2 regroupés par médicaments

b) Mise en pratique de l'utilisation de la liste STOPP&START

Ci-après se trouve l'analyse d'une ordonnance fictive d'un patient fictif mais cependant basée sur la majorité de médicaments les plus utilisés chez les personnes âgées. Se fera donc ensuite l'analyse de cette ordonnance avec la liste des critères STOPP&START.

Il s'agit ici de Monsieur Karl DEGIC, 81 ans atteint des pathologies suivantes

- Dépression
- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle
- Fibrillation auriculaire
- Angine de poitrine stable

- Etape 1 : Collecte des données

Tous les médicaments de Mr Dégic ont été collectés et il ne pratique pas d'automédication. C'est un patient observant donc il prend son traitement tous les jours aux heures demandées.

Il pèse 75 kilos pour 1m78 et a donc un IMC de 23,67 qui est normal. Sans canne sa démarche est peu sûre et il a de légers œdèmes malléolaires mais sans signes d'insuffisance cardiaque.

Le bilan biologique montre l'absence de troubles électrolytiques avec une clairance de 54 mL/min, une glycémie à 5,4mmol/L et une hémoglobine glyquée à 6,5%. Le bilan lipidique est dans la norme. Mr Dégic présente un trouble de la marche et de l'équilibre avec chute ainsi que des troubles cognitifs.

- Etape 2 : Analyse de l'ordonnance

Cabinet Médical de Santé
8 Rue de l'Allée
33000 Bordeaux

Docteur Martin L.
Omnipraticien
N° RPPS : XXXXXXXXXXXX
N° AM : XXXXXXXXXXXX

Le 08/02/2019

Monsieur Karl DEGIC

ACENOCOUMAROL 1 fois par jour
ASPIRINE 100MG 1 fois par jour
METOPROLOL 50 MG 1 fois par jour
DINITRATE D'ISOSORBIDE 20 MG 2 fois par jour
ATORVASTATINE 40 MG 1 fois par jour
METFORMINE 850 MG 1 fois par jour
PAROXETINE 20 MG 1 fois par jour
BROMAZEPAM 3 MG 1 fois par jour

Tampon + Signature médecin

Figure 48 : Ordonnance de Mr Dégic réalisée par son médecin traitant

L'analyse à l'aide des critères STOPP&START se fera sous forme de tableau.

Molécule	Dose	Prise	Décision	Justification
Acénocoumarol	Selon INR	1x / jour	Conservation	Pas de contre-indications notables
Aspirine	100mg	1x / jour	Arrêt	Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (AVK, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) n'aura pas de bénéfice additionnel de l'ajout pour une artériopathie stable
Métoprolol	50mg	1x / jour	Arrêt (ou révision de la dose)	L'utilisation de B-bloquants avec un diabète masquera les symptômes d'hypoglycémie
Dinitrate d'isosorbide	20 mg	2x / jour	Arrêt	Un vasodilatateur (alpha-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré, IEC ou ARA II) en présence d'hypotension orthostatique persistante majeure le risque de chutes
Atorvastatine	40mg	1x / jour	Conservation	Pas de contre-indications notables
Metformine	850mg	1x / jour	Arrêt	Ici l'HbA1c est trop faible et donc ne nécessite pas la présence de metformine. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5%
Paroxétine	20mg	1x / jour	Conservation	Pas de contre-indications notables
Bromazépam	3mg	1x / jour	Arrêt progressif	Dans tous les cas : un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué : effet sédatif, risque de trouble de proprioception et d'équilibre Depuis plus de 4 semaines : risque de confusion, de sédation et de chute pour la personne âgée

Vitamine D	800 à 2000 UI	1x / jour	Initiation	Supplémentation en vitamine D, en prévention du risque de chute et de l'ostéoporose chez le sujet âgé
Vaccination antigrippale	1 dose de vaccin	1x / an	Initiation	Prévention du risque viral de grippe en début d'automne par une vaccination antigrippale et donc prévention d'une altération de l'organisme du sujet âgé

Après révision de l'ordonnance avec la liste STOPP&START, Mr Dégic a vu son traitement se réduire de moitié, car il ne prendra plus que 4 molécules par jour au lieu de 8. Ainsi, l'outil STOPP&START, tout en ciblant les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie, est l'un des seuls à considérer la sur- et la sous-prescription. Les principales interactions molécule-molécule et molécule-comorbidités sont également abordées.

De part toutes ses caractéristiques propres à lui-même l'outil STOPP&START est considéré à aujourd'hui comme un référentiel de qualité et fondamental dans l'amélioration de la pertinence des prescriptions.

4.1.2 Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD

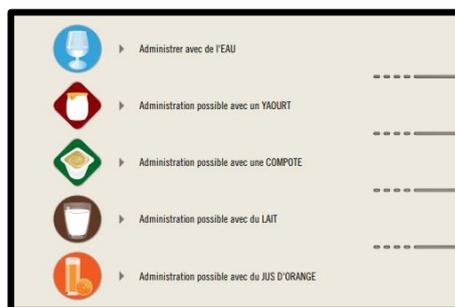
Cette liste de médicament a été élaborée à partir de différents documents et vise à servir de guide méthodologie pour tous les professionnels de santé amené à entrer dans le circuit du médicament de la personne âgée en EHPAD. Au total elle réunit 283 molécules réparties en 18 classes pharmacologiques. (60)

Elle se présente sous forme PDF à l'adresse suivante : http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/liste_preferentielle_de_medicaments_adaptes_au_sujet_age_en_e_hpad.pdf.

La majorité des molécules prescrites pour les séniors en EHPAD sont énoncées dedans ce référentiel et pour chaque médicament les particularités suivantes seront énoncées :

- Modalités de préparation
- Modalités d'administration
- Alternative galénique
- Remarques et posologie standard adaptée chez le sujet âgé
- Adaptation à la fonction rénale

Tous les pictogrammes, formes et abréviations sont référencés à la fin du manuel avec la signification de ces derniers à chaque fois.



Figures 49,50 et 51 : Liste non exhaustive du glossaire permettant une identification correcte des différents pictogrammes

- a) Exemple de 3 classes pharmacologiques fréquemment prescrites chez le sénior
- o Médicament à visée antalgique et antipyrétique : le PARACÉTAMOL

12	ANTALGIQUES ANTIPIRYÉTIQUES	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Modalités d'administration	Alternative galénique
	ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE cp. eff. 500, 1000 mg (ex : ASPIRINE UPSA)	NA		NA
	ACÉTYLSALICYLATE DE LYSINE sachet 500, 1000 mg (ex : ASPEGIC)	NA		NA
	PARACÉTAMOL gel. 500 mg (DAFALGAN)			Cp. eff. DAFALGAN 600 mg suppositoire

Figure 52 : Illustration de la page « Médicaments à visée antalgique et antipyrétique »

Les modalités de préparation indiquent qu'une ouverture de gélule est proscrite. Il est possible de prendre la gélule avec un verre d'eau, de lait, de jus d'orange ou bien une compote. Le goût du principe actif en poudre lorsque la gélule est ouverte sera désagréable ou amer. L'alternative galénique sera la même molécule mais sous forme effervescente ou de suppositoire.

La dose maximale est de 4g/24H et il faudra adapter la posologie en cas de clairance rénale inférieure à 30 mL/min : jusqu'à 1g toutes les 8 heures soit 3g/24h.

Remarques et posologie standard adaptée chez le sujet âgé	Adaptation à la fonction rénale	13	ANTALGIQUES ANTIPIRYÉTIQUES
Dose max : 2g/24h (espacer prises de 4h min).			ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE cp. eff. 500, 1000 mg (ex : ASPIRINE UPSA)
Dose max : 2g/24h (espacer prises de 4h min).			ACÉTYLSALICYLATE DE LYSINE sachet 500, 1000 mg (ex : ASPEGIC)
Dose max : 4g/24h (jusqu'à 1g toutes les 6h).	 Jusqu'à 1g toutes les 8h Dose max 3g/24h		PARACÉTAMOL gel. 500 mg (DAFALGAN)

Figure 53 : Illustration de la page « Médicaments à visée antalgique et antipyrétique »

○ Médicament à visée cardio-vasculaire : le PERINDOPRIL

110 INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION (IEC)	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Modalités d'administration	Alternative galénique
ENALAPRIL cp. sec. 5 et 20 mg (RENITEC)			Non
LISINOPRIL cp. sec. 5 mg et cp. 20 mg (ZESTRIL)			Non
PÉRINDOPRIL cp. 2,5 mg, cp. sec. 5 mg et cp. 10 mg (COVERSYL)			Non
RAMIPRIL cp. sec. 1,25 ; 2,5 ; 5 ; 10 mg (TRIAATEC)			Non

Figure 54 : Illustration de la page « Médicaments à visée cardio-vasculaire »

Le péridopril est un inhibiteur de l'enzyme de conversion et, est prescrit majoritairement dans le cadre hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque.

Le comprimé peut être broyé ou écrasé mais ne sera administrable seulement avec un verre d'eau. Il est à administrer le matin, à heure fixe avant le petit déjeuner. Si la clairance rénale est comprise entre 30 et 60 mL/min alors la posologie sera de 2,5mg par jour mais si la clairance est inférieure à 30 mL/min alors la posologie ne sera que de 2 mg/jour.

Remarques et posologie standard adaptée chez le sujet âgé	Adaptation à la fonction rénale	111 INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION (IEC)
<ul style="list-style-type: none"> Administrer au cours d'un repas. Démarrer à la posologie la plus faible et augmenter progressivement (cf RCP). 	<ul style="list-style-type: none"> si 30 < ClCr < 80 mL/min : 5 à 10 mg/j max si ClCr < 30 mL/min : 2,5 mg/j max 	ENALAPRIL cp. sec. 5 et 20 mg (RENITEC)
<ul style="list-style-type: none"> Administrer en une prise par jour, à heure fixe. Chez le sujet âgé, adapter la posologie en fonction de la réponse tensionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> si 30 < ClCr < 80 mL/min : 5 à 10 mg/j max 40 mg si ClCr < 30 mL/min : 2,5 mg/j max 	LISINOPRIL cp. sec. 5 mg et cp. 20 mg (ZESTRIL)
Administrer le matin, à heure fixe, avant le petit déjeuner.	<ul style="list-style-type: none"> 2,5 mg par jour 2,5 mg un jour sur deux 	PÉRINDOPRIL cp. 2,5 mg, cp. sec. 5 mg et cp. 10 mg (COVERSYL)
<ul style="list-style-type: none"> Administrer à heure fixe. Chez le sujet âgé, adapter la posologie en fonction de la réponse tensionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Posologie initiale : 2 mg/j, posologie max : 5 mg/j Posologie initiale : 1,25 mg/j, posologie max : 5 mg/j 	RAMIPRIL cp. sec. 1,25 ; 2,5 ; 5 ; 10 mg (TRIAATEC)

Figure 55 : Illustration de la page « Médicaments à visée cardio-vasculaire »

- Médicament à visée gastroentérologique : le LANSOPRAZOLE

146 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON (IPP)	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Modalités d'administration	Alternative galénique
ESOMÉPRAZOLE cp. gastro- résistant 20, 40 mg			INEXIUM 10 mg, granulés gastro-résistants pour suspension buvable en sachet-dose
LANZOPRAZOLE cp. gastro- résistante 15, 30 mg (OGASTORO)	NA orodispersible		Non
LANZOPRAZOLE gel. gastro- résistante 15, 30 mg (LANZOR, OGAST)			OGASTORO

Figure 56 : Illustration de la page « Médicaments à visée gastro-entérologique »

Le lansoprazole est un inhibiteur de la pompe à protons visant à diminuer l'acidité gastrique et prescrit dans 3 indications principales tout comme les autres molécules de la même famille :

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) et l'œsophagite due au RGO
- La prévention et le traitement des lésions gastroduodénales dues à la prise d'Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)
- L'éradication d'*Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastroduodénaux

Remarques et posologie standard adaptée chez le sujet âgé	Adaptation à la fonction rénale	INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON (IPP) 147
<ul style="list-style-type: none"> » Aucun ajustement de dose n'est nécessaire chez le sujet âgé. » Possibilité de diluer le cp dans de l'eau et de l'administrer par sonde nasogastrique. 		ESOMÉPRAZOLE cp. gastro- résistant 20, 40 mg
<ul style="list-style-type: none"> » Une dose journalière de 30 mg ne doit pas être dépassée chez les sujets âgés, sauf s'il existe des indications cliniques. » Attention, peut boucher la sonde nasogastrique, bien rincer la sonde après administration. 		LANZOPRAZOLE cp. gastro- résistante 15, 30 mg (OGASTORO)
<ul style="list-style-type: none"> » Une dose journalière de 30 mg ne doit pas être dépassée chez les sujets âgés, sauf s'il existe des indications cliniques. 		LANZOPRAZOLE gel. gastro- résistante 15, 30 mg (LANZOR, OGAST)

Figure 57 : Illustration de la page « Médicaments à visée gastro-entérologique »

Le comprimé ne peut pas être broyé car c'est une gélule gastro-résistante qui perdrait son efficacité une fois écrasée. Elle est administrable avec un verre d'eau, de lait, de jus d'orange, un yaourt ou bien une compote. Le comprimé peut être remplacé par son principe actif qui est l'OGASTORO. La dose journalière à ne pas dépasser sera de 30 mg/jour et il n'y aura pas d'adaptation à faire si la clairance rénale du patient est inférieure à 30mL/min.

Ainsi, la liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD, s'impose comme un outil essentiel au bon usage du médicament en institution. Il s'adresse particulièrement aux professionnels de santé tels que les infirmières et les aides-soignantes, distribuant chaque jour les traitements aux résidents. Il est donc essentiel de promouvoir la pertinence des soins en formant ces professionnels à utiliser ce guide au maximum.

4.1.3 Prescription médicamenteuse Adaptées aux Personnes Agées ou le guide PAPA

En 2015, la société française de gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP) ont réalisé un guide regroupant un ensemble de fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus et ceci quel que soit leur lieu de vie : domicile, EHPAD ... (61)

Ce guide est destiné au corps médical et plus particulièrement aux gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD mais aussi aux pharmaciens. Ce référentiel comporte 11 thématiques regroupant 42 pathologies sur 150 pages.

C'est notamment l'adéquation et l'adaptation des différentes pathologies, aux personnes âgées de 75 ans et plus qui en fait un guide relativement pertinent.

Afin d'être didactique, chaque fiche est rédigée selon un plan homogène en 4 chapitres :

- Objectifs du traitement
- Moyens thérapeutiques : liste des moyens (classes, familles ...)
- Indications :
 - o Ce qui doit impérativement être ordonné : rapport bénéfice/risque élevé

- Ce qui doit impérativement être proscrit : rapport bénéfice/risque faible
- Ce qui doit être discuté au cas par cas
- Précautions d'emploi et critères de surveillance

a) Mise en pratique de l'utilisation du guide PAPA

Dans la mesure où actuellement dans les pays développés, le diabète de type 2 représente 12 à 25% des personnes de plus de 65 ans, nous nous intéresserons ici à la fiche de bon usage médicamenteux du diabète de type 2.

BUT DU TRAITEMENT

Il s'agira ici de rapprocher au maximum la glycémie des valeurs normales afin de prévenir

- les complications immédiates qui sont fréquentes chez le sujet âgé : déshydratation, retard de cicatrisation, infections, incontinence, troubles psychomoteurs ...
- les complications retardées : rétinopathie, néphropathie et complications cardiovasculaires

MOYENS THERAPEUTIQUES

Traitement hygiéno-diététique :

La patient devra avoir une alimentation équilibrée avec une régularité des apports glucidiques, d'hydratation et d'activité physique.

Traitement oral :

Le patient sera susceptible de prendre les molécules suivantes :

- Biguanides : Metformine
- Inhibiteurs des alpha-glucosidases : Acarbose, Miglitol
- Sulfamides : Glicazide, Glibenclamide, glimépiride, glipizide
- Glinides : Répaglinide
- Inhibiteurs des DPP4 : Sitagliptine, Vildagliptine, Linagliptine, Saxagliptine

Traitement injectable :

Il s'agira des insulines et analogues suivantes :

- Insuline rapide : Umuline rapide
- Insuline ultra-rapide : Insuline Asparte, insuline Lispro, insuline Glulisine
- Insuline intermédiaire : insuline native protamine
- Association insuline rapide ou analogue rapide et insuline intermédiaire
- Analogue lent : Glargine et Détémir

INDICATIONS

Ce qui doit être impérativement ordonné

Si la fonction rénale le permet (clairance > 30mL/min), la prescription de metformine se fera à la dose minimale nécessaire, une posologie de 500mg/jour peut être suffisante.

Ce qui doit être impérativement évité ou proscrit

La forme LP du Glipizide est contre-indiquée chez le patient de plus de 75 ans.

Les fortes doses de Glibenclamide sont à éviter pour causes de fréquentes hypoglycémies.

D'une manière générale, il faut éviter le Gliclazide et le Glibenclamide pour préférer des sulfamides dits de faibles risques chez les personnes âgées fragiles.

L'utilisation de Répaglinide n'est pas recommandée chez le sujet de plus de 75 ans.

Les analogues du GLP1 ont des indications limitées chez la personne âgée du fait de leurs effets négatifs sur l'appétit pouvant à terme provoquer une dénutrition.

Ce qui doit être discuté au cas par cas

Deux écueils sont à éviter : le sur- et le sous-traitement de manière à ce que l'HbA1c soit globalement comprise entre 6,5 et 8,5%.

Plus le patient est présenté comme fragile, plus l'HbA1c devra être revue à la hausse, en effet il est inutile de sur traiter un patient faible sous peine de voir apparaître des effets indésirables telle que l'hypoglycémie, souvent responsable de chutes chez le sujet âgé.

En cas d'apports alimentaires irréguliers, il est préférable d'arrêter les traitements par sulfamides et de passer à un schéma insulinique adapté.

[...]

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET CRITERES DE SURVEILLANCE

Il faut surveiller la venue de signes évocateurs d'une hypoglycémie.

Le traitement oral ne doit pas comporter plus de 2 traitements oraux.

Les incrétines (IDPP4 et analogues du GLP1), étant de nouvelles molécules, elles font l'objet d'une surveillance renforcée.

Les caractéristiques des produits définies dans les mentions légales doivent être utilisées pour l'emploi des produits en tenant compte du vieillissement des organes. Une dose plus faible que dans la population de moins de 70 ans est recommandée pour la plupart des produits dont la metformine même si la fonction rénale est correcte.

Il est à noter, que la diffusion de ce guide sous format papier est gratuite et peut aussi se faire sous forme PDF en faisant une demande sur internet. Il existe aussi une application smartphone facile d'accès et d'utilisation. Depuis deux autres guides similaires ont vu le jour ; il s'agit du guide PAPA d'uro-gériatrie et du guide PAPA de rhumato-gériatrie.

Pour conclure le guide PAPA se voit être l'un des outils indispensables aux gériatres, médecins traitants et médecins coordonnateurs d'aujourd'hui, tant par sa praticité que par sa pertinence par rapport à tous les éléments à prendre en compte chez le sujet âgé et qui ne sont que trop peu abordés dans la littérature médicale classique.

4.1.4 La liste de Laroche

La liste de Laroche est une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées. Elle a été rédigée et construite par un groupe de pharmaciens et professionnels de santé du CHU de Limoges, dont Marie-Laure Laroche qui exerce dans le service de pharmacotoxicologie du centre régional de pharmacovigilance de l'hôpital de Limoges.

(62)

Cette liste s'applique à des personnes âgées de 75 ans et plus et propose des alternatives thérapeutiques à des molécules jugées nocives, inefficaces ou pourvoyeuses de trop d'effets indésirables pour une population de patients avec un organisme affaibli par l'âge.

Cette liste est classée par critères et en 3 catégories :

- Rapport bénéfice/risque défavorable
- Efficacité discutable
- Rapport bénéfice/risque défavorable et Efficacité discutable

Au total ce référentiel contient 34 critères dont 29 médicaments ou classes médicamenteuses potentiellement inappropriés et cinq situations cliniques particulières : hypertrophie de la prostate, glaucome par fermeture de l'angle, incontinence urinaire, démence et constipation chronique.

25 critères correspondent à un rapport bénéfice/risque défavorable, 1 critère à une efficacité discutable et 8 critères à un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable.

4.1.5 Le programme AMI : Alerte et Maitrise de la latrogénie

En 2012, la HAS a développé une méthode de travail participative s'appuyant sur l'analyse des situations cliniques avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge analysée. Les professionnels étaient réunis au sein d'un groupe de coopération sur une thématique imposée et l'objectif était le partage d'expériences pour l'amélioration des pratiques.

Le groupe de coopération avait pour objectif :

- L'analyse partagée des situations cliniques à l'origine de la problématique de santé : déterminants de la prise en charge, parcours optimal, références manquantes
- La production partagée d'outil d'amélioration et d'évaluation : qui sont respectivement les recommandations de bonnes pratiques et les indicateurs de pratique cliniques
- La production d'une information éclairée sur l'évolution des pratiques et la qualité des soins à destination de tous, professionnels, grand public, famille et patient.

Les AMI ont donc été élaborés sur des thèmes de santé prioritaires qui sont :

- 1) Les neuroleptiques chez le malade Alzheimer
- 2) La Co prescription de psychotropes chez le sujet âgé
- 3) Les benzodiazépines à demi-vie longue chez le sujet âgé
- 4) La date d'initiation connue pour tout psychotrope
- 5) La recherche de chute tous les 3 mois si prescription de psychotropes
- 6) La coprescription de diurétiques chez le sujet âgé
- 7) La coprescription d'antihypertenseurs chez le sujet âgé
- 8) Le suivi ionogramme si association à risque majoré
- 9) Le suivi du poids si diurétiques
- 10) La recherche d'hypotension orthostatique tous les 6 mois si prescription d'antihypertenseurs
- 11) Le contrôle de l'INR si prescription d'AVK et si introduction d'un antibiotique ou d'un antifongique

Pour chaque thème, il y aura ainsi une quantification et un repérage de la situation à risque par la mesure de l'alerte et par la mise en œuvre des actions d'amélioration pour un perfectionnement de la gestion du risque, la maîtrise. Ce couple Alerte/Maîtrise fournit ainsi une information de haute pertinence médicale, synthétique et renforcée sur les enjeux (Alerte) et sur la qualité de la prise en charge au bénéfice du patient (Maîtrise)

a) Mise en pratique de l'utilisation d'une AMI

Nous traiterons ici le contrôle de l'INR s'il y a présence d'une prescription d'AVK simultanément à l'introduction d'un antibiotique ou d'un antifongique. (63)

o Etape 1 : Interprétation des indicateurs

Les indicateurs seront explicités aux professionnels de santé souhaitant se servir de ce référentiel. Ici l'indicateur d'alerte sera égal au taux de sujet âgé sous traitement AVK avec un traitement antibiotique ou antifongique. L'indicateur de maîtrise sera égal quant à lui au taux de sujets âgés sous traitement AVK dont l'INR est contrôlé après introduction d'un traitement antibiotique ou antifongique.



Figure 58 : Explication de la signification des indicateurs

o Etape 2 : Calcul des taux d'alerte et de maîtrise

Ensuite, les taux d'alerte et de maîtrise seront calculés afin de savoir s'il y a lieu à une alerte et plus tard à une maîtrise de l'évènement. Ici il est explicité « *Toute co-prescription d'AVK et d'un traitement antibiotique ou antifongique constitue une alerte.* » Cette mesure sera réalisée de façon rétrospective et les patients pourront être repérés sur les patients hospitalisés, les résidents en institution ...

Donc quel que soit le taux, s'il est supérieur à 0%, cela donnera lieu à une alerte et donc à la mise en place d'un indicateur de maîtrise par la suite. L'indicateur de maîtrise sera réalisé de façon prospective et dynamique, par le prescripteur ou confiée à l'équipe pluridisciplinaire.

ALERTE = Taux de SA sous AVK avec un traitement antibiotique ou antifongique	
Numérateur	Nombre de sujets âgés sous d'AVK avec une traitement antibiotique ou antifongique Toute coprescription d'AVK et d'un traitement antibiotique ou antifongique constitue une alerte. La liste des AVK et des antibiotiques et antifongiques est jointe en annexe.
Dénominateur	Nombre de sujets âgés
Données	Mesure réalisée de façon rétrospective . Cette mesure peut être réalisée par le prescripteur, le pharmacien, l'infirmier et tout membre de l'équipe pluridisciplinaire. Les sujets âgés peuvent être repérés sur la file active d'une consultation, sur les patients hospitalisés, sur les résidents en institution, ...

Figure 59 : Signification du taux d'alerte par explicitation du numérateur et dénominateur

MAÎTRISE = Taux de SA sous AVK dont l'INR est contrôlé lors de l'introduction d'un traitement antibiotique ou antifongique	
Numérateur	Nombre de sujets âgés sous AVK dont l'INR est contrôlé lors de l'introduction d'un antibiotique ou antifongique noté dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de sujets âgés sous d'AVK avec un traitement antibiotique ou antifongique
Données	Mesure réalisée de façon prospective et dynamique : La mesure de la maîtrise est réalisée par le prescripteur ou confiée par le prescripteur à l'équipe pluridisciplinaire selon les choix faits lors de la mise en place des IPC AMI.

Figure 60 : Signification du taux de maîtrise par explicitation du numérateur et dénominateur

- Etape 3 : Suivi de l'engagement des prescripteurs

L'objectif de l'indicateur de maîtrise est de suivre l'engagement des prescripteurs à mettre en place un processus tel que le questionnement systématique en consultation, la mise en place d'un suivi de registre des pratiques, la mise en place d'une alerte sur le logiciel de prescription. Tout ceci permettra de gérer au mieux le bénéfice et le risque de la prescription d'un traitement antibiotique ou antifongique pour un patient sous AVK. L'évaluation de la maîtrise vise donc à prévenir les accidents iatrogènes liés à cette coprescription.

Pour conclure, il est certain que les 11 référentiels AMI produits par la HAS, s'imposent comme des programmes destinés aux professionnels de santé prenant en charges les personnes âgées

et contribuent à diminuer la iatrogénie évitable, les hospitalisations qui y sont liées ainsi qu'à améliorer la qualité de vie.

2) Pertinence et de prescription des médicaments / Réévaluation des traitements de résidents en EHPAD

Suite à la mise en œuvre de tous les référentiels précédemment cités et expliqués, il apparaît comme une évidence que les ordonnances de la majorité des résidents en EHPAD se doivent d'être révisées pour soit les alléger, soit les rendre plus pertinentes vis-à-vis d'une possible iatrogénie. Nous aborderons donc 4 thèmes principalement retrouvés sur une ordonnance type d'un sujet âgé polymédicamenté :

- Les IPP
- Les benzodiazépines à demi-vie longue
- Les ordonnances de non prescription
- Les analyses des « si besoins »

Cette initiative s'inscrit dans la démarche de la mise en place des indicateurs de santé fin Janvier 2019 avec notamment l'indicateur 14 à savoir : Prévalence de la polymédication (3 délivrance au moins pour 10 molécules sur une année), chez les personnes de plus de 75 ans.

4.2.1 Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) constituent une classe thérapeutique de médicaments largement prescrite par les médecins. Leur prescription au long cours de cesse d'augmenter alors qu'au contraire leur indications sont relativement restreintes : (64) (67)

- Traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO
- Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

- Eradication de la bactérie *Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastroduodénaux

Cependant, cette prise d'IPP contribue à une polymédication responsable d'iatrogénie, notamment chez le patient âgé. En effet, les excès de prescriptions des IPP dans la population gériatrique, sont estimés entre 25 et 86% selon les études.

Les IPP au long cours chez le senior sont responsables d'effets indésirables potentiellement graves :

- **Carence en vitamine B12**

La vitamine B12 ou plus communément appelée la cobalamine est issue exclusivement de l'alimentation, sous forme liée à certaines protéines alimentaires. Son absorption intestinale n'est donc possible qu'après dissociation des protéines, suite à une hydrolyse peptidique acide au niveau de l'estomac. Mais pour un patient sous IPP, le pH de l'estomac n'est pas assez acide pour permettre cette hydrolyse et de ce fait une diminution du clivage de la vitamine B12 se produit, ce qui diminue donc son absorption intestinale. Une carence en cobalamine s'installe alors. (65)

➔ Chez le sujet âgé, une déficience en vitamine B12 est souvent liée à des troubles de l'humeur, une grande fatigue ou encore une démence.

- **Pneumonies**

La diminution de la sécrétion gastrique par les IPP, favorise une plus grande colonisation du tractus gastro-intestinal supérieur par des agents pathogènes issus de la cavité orale. Lors d'épisodes de reflux gastro-oesophagien, ces bactéries sont susceptibles de contaminer les voies respiratoires et provoquer des infections bronchiques. (66)

➔ La personne âgée est une personne fragile avec un organisme altéré et donc plus susceptible qu'une autre population à développer toute sorte d'infections.

○ **Fractures ostéoporotiques**

L'hypothèse physiologique suggérée et non encore confirmée, serait celle d'une malabsorption accrue du calcium au niveau intestinal. En effet, l'augmentation du pH gastro-intestinal par l'inhibition des pompes à protons, empêcherait l'ionisation du calcium à partir des sels de calcium insolubles ingérés, étape fondamentale pour l'absorption de cet ion.

➔ Augmentation du risque de fractures ostéoporotiques chez une population sensible au risque de chute

Il existe ainsi un grand nombre d'effets indésirables dus aux IPP qui ne seront pas exposés dans cette thèse, la liste du dessus des effets secondaires est donc une liste non exhaustive.

Comme dit précédemment, de nombreuses prescriptions d'IPP sont injustifiées notamment dans :

- La dyspepsie fonctionnelle en l'absence de RGO associés
- Le soulagement des manifestations extra-digestives isolées sans RGO documenté
- La prévention des saignements digestifs au cours d'un traitement par antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant sans facteur de risque.

Il est donc primordial de concourir aux bonnes pratiques de prescription et de déprescription des IPP dans la population gériatrique. Les professionnels de santé pourront s'appuyer sur la fiche de bonne pratique et de bon usage validée par la commission gériatrique, validant les bonnes pratiques de prescription et de déprescription des IPP chez la personne âgée. Annexe

4.2.2 Les benzodiazépines à demi-vie longue

Les benzodiazépines sont des substances anxiolytiques agissant au niveau de récepteurs spécifiques couplés aux récepteurs GABA de type A. Elles sont grandement utilisées de part leur efficacité symptomatique rapide et leur faible toxicité pour des personnes en bonne santé et non fragiles. (68)

Elles possèdent des propriétés pharmacologiques communes : anxiolytique, sédative, amnésiante, myorelaxante, anti-convulsivante expliquant leur indications cliniques dans l'anxiété et l'insomnie mais aussi leurs effets indésirables dont le plus fréquent est la sédation.

Cet effet est plus fréquent et intense chez les personnes âgées qui présentent souvent des pathologies variées et une certaine fragilité.

En effet le vieillissement provoque une diminution physiologique des capacités fonctionnelles des différents organes et ces modifications doivent être prises en compte dans la prescription des benzodiazépines chez le sujet âgé.

Chez les personnes de plus de 65 ans on constate une augmentation de la masse graisseuse au détriment de la masse musculaire, une diminution de l'eau corporelle et enfin une modification de la liaison aux protéines plasmatiques. Il y aura en effet chez les seniors une diminution de l'albuminémie, protéine qui intervient dans la liaison plasmatique des médicaments. Cette diminution de l'albuminémie entraîne donc une diminution de liaison des médicaments et donc une augmentation de leur fraction libre qui sera donc la forme active majoritaire du médicament. Mais selon les études biologiques et cliniques, cette modification n'aurait que peu d'effets cliniques.

On remarque ainsi chez la personne âgée : une augmentation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), une augmentation de la masse grasse et une diminution de la masse maigre. Ces modifications conduisent donc à une augmentation du volume de distribution des médicaments liposolubles. Ces derniers auront donc tendances à être stockés puis relargués conduisant à une augmentation de leur demi-vie.

Par ailleurs, les benzodiazépines doivent être métabolisées par le foie afin de les rendre hydrosolubles. Certaines vont subir des réactions de biotransformation de phase I et II (oxydation puis conjugaison) et d'autres uniquement des réactions de phase II. Chez les sujets âgés on constate une diminution de la masse hépatique, du flux sanguin et du pouvoir métabolique.

Ce sont donc les médicaments métabolisés par des réactions de base I, rentrant dans le cadre des cytochromes P450, qui sont les plus touchés par les modifications hépatiques liées à l'âge.

On note ainsi deux caractéristiques majeures prendre en compte lors de la prescription d'une benzodiazépine chez la personne âgée :

- la demi-vie de la molécule active
- le métabolite actif de la benzodiazépine

La demi-vie est un facteur qu'il faut prendre en compte. En effet les molécules à demi-vie courte auront pour avantage de présenter moins de somnolence diurne et d'éviter le risque d'accumulation.

Benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire (jusqu'à 20 heures)

MOLECULES	NOM COMMERCIAL	DEMI-VIE
OXAZEPAM	SERESTA	4 à 8h
CLOTIAZEPAM	VERATRAN	7h
ALPRAZOLAM	XANAX	12h
LORAZEPAM	TEMESTA	15h
BROMAZEPAM	LEXOMIL	15 à 20h

Benzodiazépines à demi-vie longues (supérieure à 20h)

MOLECULES	NOM COMMERCIAL	DEMI-VIE
DIAZEPAM	VALIUM	20 à 100h
CLOBAZEPAM	URBANYL	40h
NORDAZEPAM	NORDAZ	65h
PRAZEPAM	LYSANXIA	65h
LOFLAZEPATE	VICTAN	70h
CLORAZEPATE	TRANXENE	40h
DIPOTASSIQUE		

Ensuite, il faut prendre en compte la formation ou non de métabolites actifs lors de la métabolisation du composé. L'oxazepam ou Seresta sera la benzodiazépine la plus adaptée aux personnes âgées. Ce dernier est l'un des métabolites actifs formés lors de la métabolisation du diazepam et nordazepam entre autres et son action et son élimination ne dépendent pas d'une mobilisation hépatique comme c'est le cas avec le diazepam. L'oxazepam sera métabolisée par glucorono-conjugaison et de fait, n'entraîne pas la fabrication de métabolites actifs. Cela limite ainsi les risques d'accumulation du médicament notamment chez les personnes insuffisantes hépatiques comme cela peut être le cas chez les sujets âgés.

La majorité des benzodiazépines sont donc des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) et ont été évaluées sur toute l'année 2012 avec d'autres spécialités selon la liste de Laroche Elle rend donc comme conclusion que les benzodiazépines à demi-vie longue ont une action possiblement délétère avec l'âge avancé de la personne en raison de l'augmentation du risque d'effets indésirables : somnolence, chute ...

Extrait du tableau de la liste de Laroche :

Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (≥ 20 heures) : bromazepam, diazepam, chlordiazépoxyde, prazepam, clobazam, nordazepam, loflazépate, nitrazepam, flunitrazepam, clorazépate, clorazépate-acépromazine, aceprométazine, estazolam	Lexomil [®] , Valium [®] , Novazam [®] Gé, Librax [®] , Lysanxia [®] , Urbanyl [®] , Nordaz [®] , Victan [®] , Mogadon [®] , Rohypnol [®] , Tranxene [®] , Noctran [®] , Nuctalon [®]	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

Modalités d'arrêt

Quand on sait que la durée maximale de traitement par benzodiazépine ne doit pas excéder 12 semaines, il sera donc pertinent de la part des médecins de proposer un arrêt progressif de ces molécules, en suivant une stratégie particulière . En effet, ces spécialités sont consommées par les patients durant des périodes dépassant amplement 3 mois de traitement. Ainsi, l'arrêt devra toujours être progressif sur une durée allant de quelques semaines à quelques mois, l'objectif de la démarche étant l'arrêt total de la consommation de benzodiazépines même si l'obtention d'une diminution de posologie sera un résultat favorable. Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses seront aussi mises en place aussi longtemps que nécessaire.

4.2.3 Les ordonnances de non prescription

La non prescription est actuellement dans notre société un acte non encre dans la mentalité des français et ceci pour plusieurs raisons.

La non prescription vue par le patient

Pour ce dernier la prescription a un pouvoir symbolique fort, comme un rituel de fin de consultation. Cette dernière représentera 3 entités majeures :

- L'accès à la guérison, au soulagement et aux connaissances médicales
- La preuve de la sollicitude du médecin et de son empathie
- Les compétences du médecin à trouver un traitement ayant la capacité de soigner

De ce fait, la prescription rassure les patients, elle indique que le médecin a la capacité à poser un diagnostic. Se passer de cette dernière est donc à aujourd'hui très difficile tant les images rassurantes et sécurisantes qu'elle véhicule sont fortes.

La non prescription vue par les médecins :

Pour ces professionnels de santé, cela va être un objet de transition permettant de clore la consultation. Elle va transmettre le pouvoir de guérir d'entre les mains du médecin à celles du patient, elle est donc vue comme un aspect positif. Et même si de plus en plus de médecins

tendent de moins prescrire ou de ne pas prescrire du tout, cela reste un acte difficile pour eux dans la mesure où il reste difficile de changer les habitudes que certains patients ont parfois depuis plusieurs années.

Comment dépasser ces représentations cadastrées ?

Pour contrer cela il sera nécessaire d'effectuer une démarche nouvelle visant à une **approche centrée sur le patient**. Cette dernière favorisera l'autonomie du patient et démedicalisera certains problèmes de santé. Le médecin aura aussi sa part de responsabilité en « éduquant le patient ». En effet, les mécanismes physiologiques de chaque affection, la capacité à l'auto-guérison ou encore des conseils d'hygiène de vie. Il faudra ainsi parvenir à une décision médicale partagée soit une concordance médecin-patient. Ainsi, la prévention de la iatrogénie commence avant la prescription dans la vie du patient.

Des molécules de plus en plus controversées à la prescription

En Février 2019, la revue de renommée nationale Prescrire, a publié un article visant à exposer les molécules dont il serait meilleur de s'abstenir de prescrire : « Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019 »

Ce bilan porte sur l'ensemble des médicaments analysés par Prescrire entre 2010 et 2018 et munis d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) française ou européenne. Ont été recensés 93 médicaments dont 82 commercialisés en France et dont la balance bénéfice-risque est défavorable dans toutes les situations cliniques pour lesquelles ils sont autorisés

Parmi ces 93 médicaments, il en ressort certains pour n'en citer que 2) qui sont relativement souvent utilisés chez le sujet âgé et donc à risque.

➔ Oxoméazine ou TOPLEXIL

C'est un anti-histaminique H1 possédant des propriétés sédatives, atropiniques et neuroleptiques. Cette molécule expose à des effets indésirables, de par ses précédentes

propriétés, et qui sont disproportionnées dans le traitement symptomatique d'une simple toux.

→ Colchicine + poudre d'opium + tiémonium ou COLCHIMAX

La poudre d'opium et le tiémonium vont masquer les diarrhées en constipant le patient. Cependant ces diarrhées sont un des premiers signes de surdoses parfois mortelles de la colchicine. Un anti-inflammatoire non stéroïdien ou un corticoïde seront de meilleures options dans le cas de la crise de goutte.

4.2.4 Conclusion

Afin de conclure cette partie sur la pertinence des prescriptions, il s'avère naturel à aujourd'hui de se tourner vers une démarche du « moins » et du « mieux ». Moins prescrire, moins de médicaments, moins d'effets indésirables et plus de traitements appropriés. Afin de réaliser cette approche, il serait utile de réaliser des audits flash dans les EHPAD qui permettrait de cibler le nombre de résidents dont le traitement est à réévaluer et d'identifier les écarts à corriger. En effet si à aujourd'hui un résident en EHPAD prend en moyenne quotidiennement 8 molécules par jour, l'objectif actuel est de :

- Moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indications
- Prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée
- Mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé
- Moins prescrire les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant

Ces audits flash viseront à connaître le nombre de résidents étant poly médicamentés avec un risque iatrogène important. Ils se feront selon un recueil de données sur site, en un jour donné et en présence du gériatre, du médecin coordonnateur ou du pharmacien d'officine.

Ils incluront tous les résidents de plus de 75 ans et les séniors de 65 ans étant polymédiqués. Il s'agira ainsi de recenser tous les médicaments pris par le résident, incluant les molécules en automédication et les molécules naturelles. L'objectif sera de lever les écarts de polymédication et de revoir à la baisse cet écart. Tout ceci dans le but d'instaurer une politique du médicament.

CONCLUSION

Ainsi, dans une période d'augmentation de la part des personnes âgées de plus de 85 ans, l'EHPAD est souvent la solution de vie qui s'offre au sujet âgé et à sa famille avec un lien renforcé dans le suivi médical via la conservation du médecin traitant et la présence renforcée du médecin coordonnateur.

Au-delà d'une analyse du contexte actuel du vieillissement et des spécificités du sujet âgé, le parti a été pris tout au long de cette rédaction de proposer quatre des leviers possibles afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse chez le résident en EHPAD.

Ces leviers conjuguent :

- l'amélioration des organisations via la PDA qui participe à la qualité et à la sécurité du résident dans son parcours médicamenteux
- l'évolution des systèmes d'informations avec le logiciel PAACO-Globule qui permet une optimisation du dialogue entre la ville, l'hôpital et l'EHPAD
- la prévention du risque médicamenteux par l'appropriation d'une culture de sécurité positive traduite par une gestion des risques *a priori* et *a posteriori*
- La mise en place de référentiels destinés à réduire le risque iatrogène et à sélectionner la juste prescription.
-

Ainsi, ces leviers s'intègrent dans une véritable politique du médicament que se doivent de mettre en place les EHPAD avec des indicateurs de santé pouvant amener à des résultats mesurés. Cela pourrait de ce fait, donner lieu à une démarche de certification de ces établissements dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête SHARE *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* : présentation - IRDES
2. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement - Article 20. 2015-1776 déc 28, 2015.
3. Muller - 2017 - L'accueil des personnes âgées en établissement [PDF]. [cité 19 Février 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf
4. Démographie de la France. In: Wikipédia [Internet]. 2019. [Cité le 19 Février 2019] Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9mographie_de_la_France&oldid=159040875
5. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Aspects démographiques, Octobre 2009
6. Du baby-boom au papy-boom | Population Europe [Internet]. [Cité le 19 Février 2019] Disponible sur: <https://www.population-europe.eu/pop-digest/du-baby-boom-au-papy-boom>
7. Liste des pays par espérance de vie. In: Wikipédia [Internet]. [Cité le 23 Février 2019] Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Liste_des_pays_par_esp%C3%A9rance_de_vie&oldid=158602505
8. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Démographie, épidémiologie, Octobre 2009
9. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Aspects socio-économiques, Octobre 2009
10. INPES, Programme National de Nutrition en Santé, l'activité physique au quotidien, Dossier de presse
11. S.GUERIN, Le grand retour des Séniors, Eyrolles, 2002

12. Bourguignon - Grand âge, le temps d'agir.pdf [Internet]. [Cité le 10 Mars 2019]
Disponible sur: [https://solidarites
sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf](https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)
13. Ministère des Solidarités et de la Santé, Le dispositif PAERPA Ministère des
Solidarités et de la Santé. 2019
14. tinetti.pdf [Internet]. [Cité le 11 Mars 2019]Disponible sur:
<http://www.sgca.fr/outils/tinetti.pdf>
15. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf> er1015.pdf [Internet]. [cité
16 Mars 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-
sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf)
16. Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la
tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs
journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du
I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. 2016-1814
déc 21, 2016.
17. analyse_statistique_prix_2017_des_ehpad_vf.pdf Disponible sur:
https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2017_des_ehpad_vf.pdf
18. L' Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées Disponible
sur: [https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-
personnalisee-dautonomie-apa](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa)
19. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-158. Code de l'action sociale et
des familles
20. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour
2019 | Legifrance
21. Le plan d'accompagnement pour soutenir les EHPAD [Internet]. [Cité le 23 Mars
2019] Disponible sur: [http://www.ars.sante.fr/le-plan-daccompagnement-pour-
soutenir-les-ehpad](http://www.ars.sante.fr/le-plan-daccompagnement-pour-soutenir-les-ehpad)

22. Enquête 60millions-170921-polymedication_seniors.pdf Disponible sur:
https://www.60millions-mag.com/sites/default/files/asset/document/60millions-170921-polymedication_seniors.pdf
23. Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques.
24. LEPERRE-DESPLANQUES ET AL. - 2012 - Les principes des programmes de la HAS, les résultats .[PDF]
25. VIAL T, Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, Septembre 2017, Centre de Pharmacovigilance de Lyon
26. Rapport d'Activité 2016 de l'Agence Régionale de Santé
27. Iatrogénèse médicamenteuse [PDF] Disponible sur:
https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
28. Haute Autorité de Santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé, 2017
29. Ministère des Solidarités et de la Santé, Quelques règles de bon usage des médicaments, 2019
30. MA SANTE 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé
31. AUBERT JM, Rapport Final ; Modes de Financement et de Régulation, DREES, Janvier 2019
32. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. 2018-1203 déc 22, 2018.
33. Code de la santé publique - Article L1434-12. Code de la santé publique.
34. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

35. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
36. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
37. Un portrait des EHPAD dans l'air du temps | EHPA - Conseil - Formation [Internet]. [Cité le 29 Mars 2019] Disponible sur: <https://www.ehpa.fr/actualite/un-portrait-des-ehpad-dans-lair-du-temps/>
38. VERGER P, La politique du médicament en EHPAD, Septembre 2013
39. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
40. ANAP -Inter Diag Médicaments en EHPAD V2
41. ANSM, Guichet des erreurs médicamenteuses : Présentation et Bilan, Juin 2009
42. Données relatives à l'outil INTERDIAG, Omédit Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe, 2017, Version 1, Document interne à l'entreprise
43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
44. Données relatives à la formation « *Prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » réalisée par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2017, Version 1, Document interne à l'entreprise
45. Données relatives à la formation « *Prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » réalisée par l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2017, Version 2, Document interne à l'entreprise
46. OMEDIT CENTRE, Les IPP *per os* chez la personne âgée, Mai 2017
47. Outil PAACO/Globule [Internet]. [Cité le 8 Avril 2019] Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
48. PAACO | TSA Institutionnel [Internet]. [cité 8 Avril 2019]. Disponible sur: <http://www.tsa-esante.fr/services/paaco>

49. Données relatives à l'outil PAACO-Globule, Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2017, Version 1, Document interne à l'entreprise

50. Guide_Pharma_Ehpad.pdf [Internet]. [Cité le 29 Mars 2019] Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-05/Guide_Pharma_Ehpad.pdf

51. Données relatives à l'Audit réalisé par l'auteure sous la coordination de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2018, Version 1, Document interne à l'entreprise

52. Données relatives à l'Audit réalisé par l'auteure sous la coordination de l'Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2018, Version 1, Document interne à l'entreprise

53. Données relatives à la PDA, Omédit Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, 2018, Version 1, Document interne à l'entreprise

54. Données relatives à la PDA réalisée par M.Saly, ARS, 2018, Version 1, Document interne à l'entreprise

55. STIEVENARS D, HEREDIA P, La iatrogénie chez le sujet âgé, Novembre 2017

56. Conférence Nationale de Santé, Avis du 31 janvier 2019 portant sur les indicateurs de suivi pluriannuel de la stratégie nationale de santé 2018-2022

57. Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. mars 2015;44(2):213-8.

58. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. Pharmactuel 3 janv 2016 ;49(1). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095>

59. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française - ScienceDirect [Internet]. [Cité le 17 Avril 2019] Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015001373>

60. listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf>
61. HANON O, JEANDEL C, Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées, le guide P.A.P.A, Edition Frison-Roche Octobre 2015
62. Laroche et al. - 2009 - Médicaments potentiellement inappropriés aux perso.pdf
Disponible sur:
<http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/documents/138946/151314/laroche-prescriptions-medict-inappropriées-pa-laroche-rev-med-interne-2009.pdf/a71e41e3-6557-447b-9538-67ab4fbd4b5>
63. HAS, IPC AMI n°11 Contrôle de l'INR si AVK et introduction d'un antibiotique ou d'un antifongique, Octobre 2012
64. HAS, Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte, Bon usage du médicament Décembre 2009
65. Médicaments Antiacide pris au long cours— Centre Régional de Pharmacovigilance de Lorraine
66. Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - Revue Médicale Suisse Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-123/32508>
67. OMEDIT CENTRE, Les IPP *per os* chez la personne âgée, Mai 2017
68. HAS, Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, Octobre 2007
69. Rédaction Prescrire, Pour mieux soigner, des médicaments à écarter ; bilan 2019, Prescrire International, 1^{er} Février 2019
70. FARGE T, La non-prescription d'une ordonnance, Prescrire International, 2014

Annexe 1 : Score A.D.L

24.10.2001

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

(S'informer auprès de l'infirmière et de l'Aide-Soignante).

NOM : Prénom : Date de naissance :

ECHELLE A.D.L (Aide-soignante Infirmière)	1ère évaluation	2ème évaluation	3ème évaluation
	Date : Score:	Date : Score:	Date : Score:
HYGIENE CORPORELLE			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
HABILLAGE			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
ALLER AUX TOILETTES			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
LOCOMOTION			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
CONTINENCE			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
REPAS			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Annexe 2 Score IADL :



IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	
2. Courses		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	
3. Préparation des aliments		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	
4. Entretien ménager		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	
5. Blanchisserie		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	
6. Moyens de transport		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	
7. Responsabilité à l'égard de son traitement		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	
8. Aptitude à manipuler l'argent		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	
Total score IADL	 / 8
Nombre items non applicables	 / 8

Annexe 3 : Test de Tinetti

► Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :		
1. Equilibre assis sur la chaise	0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	<input type="checkbox"/>
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :		
1. Se lever	0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	<input type="checkbox"/>
2. Tentative de se lever	0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	<input type="checkbox"/>
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)	0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Test de provocation de l'équilibre en position debout :		
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints	0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	<input type="checkbox"/>
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)	0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable	<input type="checkbox"/>
7. Yeux fermés	0 = instable 1 = stable	<input type="checkbox"/>
Le patient doit se retourner de 360° :		
8. Pivotement de 360°	0 = pas discontinus 1 = pas continus	<input type="checkbox"/>
9. Pivotement de 360°	0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	<input type="checkbox"/>

OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DANS LE PARCOURS DU RESIDENT EN EHPAD : LEVIERS ET STRATEGIES

Résumé :

La France compte aujourd'hui 67,12 millions de citoyens dont 1,5 millions de plus de 85 ans. Ce vieillissement croissant de la population va soulever un certain nombre de problématiques, comme celle de la perte d'autonomie des sujets âgés.

Si la France incite à maintenir les séniors à leur domicile le plus longtemps possible, certains seront contraints de par une perte d'autonomie, d'entrer dans des établissements adaptés à leur dépendance. L'objectif étant de faire rentrer ces personnes le plus tard possible en résidence médicalisée, l'âge d'institutionnalisation en sera par conséquent augmenté ainsi que le nombre de pathologies chroniques.

La prise en charge de ces personnes sera effectuée la plupart du temps par un placement en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), ce qui permettra une meilleure prise en charge adéquate, dans un lieu de vie adapté avec le bénéfice d'une équipe pluridisciplinaire en lien avec la prise en charge médicale.

De ce fait, face à une population âgée dépendante et polymédiquée qui ne cesse de croître d'années en années, une réelle problématique de prise en charge du patient et du bon déroulement du circuit médicamenteux en EHPAD se pose aujourd'hui.

Ainsi la démarche de sécurisation du médicament en EHPAD fait entrer en jeu de multiples acteurs et de multiples étapes. Il s'agit ici de saisir l'opportunité d'améliorer au maximum chaque étape de ce circuit. Dans cette rédaction, le parti a été pris d'aborder 4 leviers d'amélioration possibles à la diminution de la iatrogénie en EHPAD :

- La gestion des risques ; *a priori* de par l'outil d'analyse et de prescription INTERDIAG et *a posteriori* de par la mise en place de Comités de Retour d'Expériences (CREX)
- L'optimisation du lien EHPAD-Hôpital grâce à l'utilisation de l'outil PAACO-Globule et à l'amélioration de l'information entre les familles de résidents de l'EHPAD via la création de l'ébauche d'un flyer
- La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse via la mise en place de la préparation des doses à administrer (PDA)
- La pertinence des prescriptions grâce à l'évaluation des pratiques au regard des référentiels existants.

France now has 67.12 million citizens, 26% of whom are over 60 years of age, which represents 17 million people, compared to only 17% in 1980. This aging population will raise a number of issues, like that of the loss of autonomy of the elderly. If the government encourages seniors to stay in their homes as long as possible, some will be forced by a loss of autonomy, to enter institutions adapted to their dependence. The goal is to bring these people as late as possible into medical residence, the age of institutionalization will therefore be increased and the number of chronic diseases too.

The care of these people will be carried out most of the time by placement in EHPAD (Establishment of Accommodation for the Elderly Dependent), which will allow the person to receive the necessary treatments and care in addition to having a place of life. As a result, faced with a dependent and polymedic elderly population that continues to grow from year to year, a real problem of patient management and the smooth running of the drug circuit in nursing homes arises today.

Thus the approach of securing the drug in EHPAD brings into play multiple actors and multiple stages. This is to seize the opportunity to improve every step of this circuit as much as possible. In this drafting, the party was taken to address 4 levers of improvement possible to the decrease of iatrogeny in EHPAD:

- Risk management; a priori by the software INTERDIAG and by the establishment of Committees Return Experiences (CREX)
- The optimization of the City-Hospital link thanks to the PAACO-Globule tool
- Securing the medical management of the dose preparation to be administered (DPA)
- The relevance of prescriptions through the establishment of appropriate standards.

Mots Clés : EHPAD – IATROGENIE – RESIDENT – MEDICAMENT

UFR des Sciences Pharmaceutiques

Collège Sciences de la santé 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex