

UNIVERSITE DE DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

L'OUTIL « MON TRAITEMENT » POUR AMELIORER
L'OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE DE LA PERSONNE AGEE
EVALUATION DES PRATIQUES DU RESEAU DE SOINS
GERONTOLOGIQUES LILLE-HELLEMMES-LOMME

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2014 à 18h

Au Pôle Formation de la Faculté

Par Amandine CROCFER

Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Pascal ODOU

Directrice : Madame le Docteur Céline DELECLUSE-FONTAINE

GLOSSAIRE

ADER : Association pour le DEveloppement des Réseaux

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ARS : Agence Régionale de la Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BZD : Benzodiazépines

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CRAM : Centre Régional d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

GIR : Group Iso Ressource

G2RS : Groupement Régional des Réseaux de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration pour les malades d'Alzheimer

MMS : Mini Mental Score

OMEDIT : Observatoire des MÉdicaments, Dispositifs médicaux et des Innovations
Thérapeutiques

PMI : Prescription Médicamenteuse Inappropriée

PMSA : Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé

Psycho-SA : Psychotropes et Sujet Agé

RSG : Réseau de Soins Gériatriques

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

STOPP / START : Screening Tool for Older Persons potentially inappropriate Prescription/
Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment

SROS-PRS : Schéma Régional d'Organisation des Soins- Projet Régional de Santé

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION	10
I. MATERIEL ET METHODES	12
A. Objectifs	12
B. Matériel	12
1. Présentation du RSG.....	12
a) Les Réseaux de santé.....	12
b) La filière gériatrique.....	14
c) Les Réseaux de soins gérontologiques	16
d) Le RSG de Lille-Hellemmes-Lomme	17
2. Présentation de l’outil « Mon Traitement »	19
a) Le contexte	19
b) L’outil « Mon traitement »	19
C. Méthodes	21
1. Critères d’inclusion.....	21
2. Critères d’exclusion.....	21
3. Recueil de données	22
a) Recueil de données concernant les patients.....	22
b) Analyse du traitement initial au domicile.....	23
c) Analyse du traitement proposé par le RSG	24
d) Analyse comparative entre le traitement initial et le traitement proposé par le RSG	25
e) Analyse du remplissage de l’outil « Mon traitement »	25
f) Analyse statistique.....	26

II. RESULTATS	27
A. Caractéristiques de la population prise en charge par le RSG.	27
B. Analyse du traitement initial.	29
1. La polymédication	30
2. La consommation des psychotropes	30
3. Les médicaments inappropriés dont les vasodilatateurs cérébraux.....	30
4. Les autres données recherchées	30
C. Analyse du traitement proposé par le RSG	31
1. La polymédication	32
2. La consommation des psychotropes	32
3. Les médicaments inappropriés dont les vasodilatateurs cérébraux.....	32
4. Les autres données recherchées	32
D. Analyse comparative du traitement initial et du traitement du RSG	33
E. Analyse du remplissage de l’outil « Mon Traitement »	34
1. Les données propres au patient.....	35
2. Les précautions particulières	35
III. DISCUSSION	36
A. La faisabilité de la démarche	37
1. Notre étude au sein du RSG de Lille Hellemmes Lomme	38
a) La population suivie par le RSG	38
b) La consommation médicamenteuse.....	38
2. L’étude au sein des services hospitaliers	39
a) Le contexte	39
b) Les résultats de l’étude en milieu hospitalier	40
3. La qualité de l’outil.....	42
a) Les points forts.....	42
b) Les points faibles.....	43

4. La qualité de remplissage	44
a) Les limites de notre étude.....	44
• La méthode de remplissage	44
• Les données manquantes	45
• Les précautions particulières	46
b) Les axes d'amélioration	47
• La méthode de remplissage	47
• Les données manquantes	47
• Les précautions particulières	48
B. L'intérêt de l'outil	48
1. L'utilité dans la relation avec le patient.....	48
2. L'utilité pour les prescripteurs.....	49
a) La revue d'ordonnance et la recherche de PMI.....	49
• La revue d'ordonnance	49
• Les outils d'identification de prescriptions médicamenteuses inappropriées	50
b) L'outil « PMSA-Réseaux »	51
C. Les perspectives d'amélioration de l'outil.....	53
1. Intégration de l'outil « Mon Traitement » dans un logiciel informatisé	53
a) Outils existants	53
• Outils pour les professionnels de santé :.....	53
• Outils pour les patients :	53
b) L'intérêt pour le médecin	54
2. Le rôle du pharmacien	54
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	61

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2012, les personnes de 65 ans ou plus représentaient 17,1% de la population (contre 16% il y a dix ans) dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus et cette tendance démographique ne cesse de se prolonger. (1)

Cette population a concentré près de 44% de la dépense remboursée en médicaments en ville en 2011. (2)

La polypathologie liée à l'âge, conduit à la polymédication qui augmente le risque iatrogène, diminue l'observance et a un coût élevé. (2) (3)

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est devenue un enjeu de santé publique. (4)

Les effets iatrogènes sont deux fois plus fréquents chez les sujets âgés. 20% de ces effets conduisent à une hospitalisation. (4)

On sait aussi que près de 10% des hospitalisations chez le sujet de plus de 70 ans seraient en rapport avec un défaut d'observance (4)

Les erreurs d'observance concerneraient 40 à 60% des personnes âgées essentiellement en raison de leur polymédication. (4)

Les effets secondaires pouvant être évités sont la conséquence d'une erreur thérapeutique, d'une mauvaise observance du traitement ou d'une automédication. (4)

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé mais l'ensemble des prescripteurs est concerné. (4)

La Haute Autorité de Santé propose des programmes d'amélioration de la Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé (PMSA) afin d'améliorer la prescription dans toutes ses dimensions et de repérer et maîtriser le risque iatrogène.

Depuis 2005, ces programmes d'amélioration des pratiques professionnelles PMSA et Psycho-SA sont disponibles pour l'ensemble des prescripteurs pouvant servir de base à l'élaboration de programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques (EPP). (5)(6)

Ces programmes mettent à disposition des documents de synthèse, des recommandations sur la prévention de la iatrogénie et des grilles d'audit de pratiques destinées au praticien.

L'impact créé par cette démarche de la HAS a permis un partage d'expériences et des bilans pratiques. (4)

La revue systématique des prescriptions médicamenteuses est apparue comme une solution pour optimiser la prescription : repérer les Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI) (misuse), l'excès de traitement (overuse) ou l'insuffisance de traitement (underuse). (4)

Dans cette perspective d'améliorer l'observance et la prescription chez le sujet âgé, le Réseau de Soins Gérontologique (RSG) de Lille-Hellemmes -Lomme en partenariat avec l'OMEDIT Nord Pas de Calais, le Réseau Santé Qualité, les filières gériatriques du territoire (CHRU de Lille et GHICL) et l'URPS Médecins Libéraux Nord pas de Calais, a établi un outil de présentation du traitement médicamenteux appelé « Mon Traitement ». Un tableau détaillant le traitement destiné à un patient âgé, précisant l'indication, la forme galénique, la posologie, les horaires de prise, ainsi que des données cliniques pouvant être utile au patient et au prescripteur.

La finalité de ce projet est de proposer au prescripteur un moyen d'améliorer ses prescriptions en l'invitant à une revue d'ordonnance, et d'apporter au patient une meilleure connaissance de son traitement sur sa composition et sa prise régulière afin d'améliorer son observance.

L'objectif de cette thèse au sein du RSG a été d'évaluer l'outil « Mon Traitement » et son utilisation par les gériatres.

I. MATERIEL ET METHODES

A. Objectifs

L'objectif principal a été de réaliser une analyse descriptive et qualitative des ordonnances en comparant le traitement en cours à domicile et le traitement proposé par le RSG récapitulé dans l'outil.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la qualité de remplissage de l'outil afin de déterminer la faisabilité de son utilisation par le RSG et d'élaborer une analyse descriptive de la population ciblée et suivie par le RSG.

B. Matériel

1. Présentation du RSG

a) Les Réseaux de santé

L'exercice de la « médecine en réseaux » c'est-à-dire la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de santé, n'est pas une création récente. (7)

Les Réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmiers) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux et personnel administratif) constitués en majorité sous forme d'association loi 1901 (loi relative au contrat d'association à but non lucratif). (8)

L'article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée codifié à l'article L. 712-3-2 du Code de la santé publique

encourage la constitution des réseaux de santé pour assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation des patients :

«En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population (...) les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins (...), ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L 162-3-1 du Code de la sécurité sociale. La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. » (7) (9)

Depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux sont les principaux dispositifs de coordination des acteurs intervenants sur le parcours des patients. (10) (11)

Leurs objectifs sont rappelés dans la circulaire DHOS/O2/DGS/5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 : (12)

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (comprend l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins)
- participer si possible à des actions de santé publique
- procéder à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Une autre circulaire DHOS/O3/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relatives aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé, rappelle les missions des réseaux en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie et de l'organisation territoriale des soins (coordination et protocolisation des soins) : (13)

- proposer un appui aux professionnels de santé pour l'orientation de leurs patients,
- développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques,
- organiser le maintien à domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation par la mobilisation des personnes ressources et la simplification des démarches administratives

Plus récemment, la Direction Générale de l'Offre de Soins a proposé en octobre 2012 un guide méthodologique : « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » (10) (14)

Il propose des orientations pour l'évolution des réseaux vers une mission d'appui aux médecins généralistes pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médicosociaux).

Il s'agit d'un outil faisant évoluer les réseaux en organismes polyvalents de proximité centrés sur la coordination et confiant au médecin généraliste de 1^{er} recours le rôle central dans les décisions et l'organisation des soins.

b) La filière gériatrique

Le développement de la filière gériatrique est en lien avec le vieillissement de la population. Les personnes de 75 ans et plus représenteraient plus de 10% de la population. (12)

Avec le grand âge, les patients développent de multiples pathologies les rendant vulnérables, fragiles et à risque de décompensation lorsque qu'un accident ou une maladie survient. (10)

Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins. (12)

Le développement des filières gériatriques hospitalières a permis la structuration territoriale de la prise en charge de la personne âgée. (15)

La prise en charge de proximité doit être privilégiée pour préserver ses patients de toute rupture avec leur environnement habituel.

La filière gériatrique propose des dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possible du patient âgé : le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée... (15)

Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale (CLIC ou SSIAD), les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile. (13)

c) Les Réseaux de soins gériatologiques

En 2012, on comptait 7 réseaux gériatologiques dans la région Nord/Pas-de-Calais. Cela signifie qu'environ 30% de la population qui réside sur ce territoire est couvert par un réseau gériatologique. (10) (16)

Les Réseaux de Soins Gériatologiques sont une des ressources de la filière gériatrique répondant aux objectifs de coordination des soins d'un réseau de santé avec la particularité d'avoir développé ses fonctions dans la prise en charge du sujet âgé.

La circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » définit que ces réseaux s'adressent à des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile. (17)

Ces patients gériatriques présentent également des pathologies chroniques invalidantes parfois multiples fragilisant leur autonomie et installant une dépendance physique et/ou psychique.

Le maintien au domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation est également remis en cause lorsqu'une rupture socio-sanitaire est retrouvée.

Les réseaux de santé se sont développés pour répondre à une problématique de santé : soit une pathologie (cancer, diabète, douleur) soit une population précise (personne âgée).

Ils relèvent d'une thématique reconnue comme prioritaire au niveau santé publique depuis 2010 (cancer, soins palliatifs, gériatologie-Alzheimer, diabète-nutrition, Périnatalité). (15)

L'annexe thématique « Réseaux de Santé » du « SROS-PRS 2012-2016 » précise qu'*un réseau gériatologique Alzheimer s'adresse prioritairement aux personnes de plus de 75 ans se trouvant dans une situation de rupture sociosanitaire, atteintes d'une pathologie neurodégénérative ou souffrant de pathologies à l'origine d'une dépendance.* (18)

La MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration pour les malades d'Alzheimer) associée au RSG depuis 2012 est l'exemple de ces réseaux voués à intégrer les réseaux de santé « personnes âgées ». (19)

À travers les MAIA, l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les structures existantes en évitant les redondances. (19)

d) Le RSG de Lille-Hellemmes-Lomme

Le RSG est financé depuis 2004 par l'ARS du Nord Pas de Calais et a pour porteur juridique l'Hôpital du GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille) (10) (20)

Dans un cadre plus général, le RSG met une équipe pluridisciplinaire au service de patients âgés fragiles de plus de 60 ans habitant le territoire de Lille, Lomme ou Hellemmes et présentant des difficultés au domicile.

La prise en charge est faite à la demande du médecin traitant, du service hospitalier gériatrique ou de la famille du patient.

Lors de leur prise en charge, les membres du RSG réalisent un bilan gérontologique global et proposent des aides adaptées à la situation de chacun des patients pouvant être médicales, humaines, matérielles ou financières : organisation de plans d'aides et de soins, évaluation par l'ergothérapeute, suivi psychologique, suivi infirmier.

Il assure un suivi avec différents partenaires : services sociaux (CLIC, CCAS, CRAM, APA...) et le médecin traitant.

Pour prétendre à une prise en charge par le RSG et non plus par le CLIC, les patients doivent répondre à certains critères établis par le G2RS et l'ARS.



NOM :

Prénom :

Date :



CRITERES D'INCLUSION ET D'ARTICULATION CLIC / RESEAU

CRITERE 1 OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/>	AGE	<input type="checkbox"/> Supérieur 60 ans
CRITERE 2	<input type="checkbox"/>	ISOLEMENT OU PRECARITE SOCIALE	<input type="checkbox"/> Absence de référent familial OU Référent familial peu présent OU Référent familial peu fiable OU dépassé <input type="checkbox"/> Logement insalubre OU complètement inadapté <input type="checkbox"/> Couple dont le pilier référent commence à se dégrader
CRITERE 3	<input type="checkbox"/>	FRAGILITE (2 items)	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs non suivis OU non bilantés <input type="checkbox"/> Plaies chroniques <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels sévères <input type="checkbox"/> Polyopathologies avec une pathologie instable ou évolutive <input type="checkbox"/> Troubles du comportement retentissant sur la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Alcoolisme chronique retentissant sur le quotidien <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> dénutrition, amaigrissement
CRITERE 4	<input type="checkbox"/>	TROUBLES COGNITIFS	<input type="checkbox"/> non bilantés ou non suivis <input type="checkbox"/> complexes
CRITERE 5	<input type="checkbox"/>	HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/> 2 hospitalisations non programmées dans l'année précédant la prise en charge <input type="checkbox"/> 1 hospitalisation longue avec soins de suite et réadaptation
CRITERE 6	<input type="checkbox"/>	DEPENDANCE	<input type="checkbox"/> GIR 1 à GIR 4

<p><u>4</u> CRITERES PRESENTS</p> <p><u>Ou</u></p> <p><u>3</u> CRITERES PRESENTS dont le critère 3 ou 4 ou 5 obligatoire (pour le critère 3 : au moins 2 items nécessaires pour le valider)</p> <p><u>Si Non</u> → orientation CLIC</p>	}	<p>prise en charge RESEAU GERONTOLOGIQUE</p>
--	---	---

Orientation RG Oui Non

Orientation CLIC Oui Non

GRRS : comité de pilotage « géronto et mémoire » du 25/06/2009

2. Présentation de l'outil « Mon Traitement »

a) Le contexte

La loi de santé publique du 09 août 2004 fixe un objectif : la réduction de la fréquence des évènements iatrogènes survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation. (21)

Cet enjeu a sollicité nombreux organismes notamment la HAS avec la création de critères de qualité PMSA pour la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en 2005.

L'Afssaps propose des recommandations de bonnes pratiques à propos de la iatrogénie médicamenteuse et des règles de prescription chez la personne âgée. (22)

L'assurance maladie transmet également de façon régulière des données chiffrées sur des enquêtes nationales dans le cadre de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Ce projet a participé à l'élaboration par des groupes de travail d'outils d'aide à la prescription, à l'observance, à la détection de prescription médicamenteuse inappropriée (STOPP/START).

b) L'outil « Mon traitement »

Le RSG a développé en partenariat avec un groupe projet réuni par l'OMEDIT Nord Pas de Calais , le Réseau Santé Qualité et l'URPS Nord Pas de Calais, un outil de présentation du traitement médicamenteux afin d'améliorer l'observance des personnes âgées fragiles mais aussi dans l'objectif de permettre au prescripteur une revue d'ordonnance.

Cet outil est adapté du « tableau de suivi du traitement » proposé par le groupe « PMSA – Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé » piloté par la HAS. (5)

Médecin traitant prescripteur _____ Tel : _____

Initiateur de la fiche _____

MON TRAITEMENT

Date : _____ NOM : _____ PRENOM : _____
MMS : _____ POIDS : _____ Albuminémie : _____
Clairance créatinine : _____ Allergies médicamenteuses _____
Qui prépare les médicaments ? _____ Qui donne les médicaments ? _____

Indication	MEDICAMENTS Nom générique (Nom commercial)	Forme Galénique <small>Comprimés, gélules, gouttes, patch</small>	Posologie et horaires de prise				Précautions particulières
			8H	12H	18H	coucher	



Réseau de Soins Gériatriques
de Lille Hellemmes Lomme



groupe Hospitalier
de l'Institut Catholique de Lille



L'outil « Mon Traitement » est organisé sous forme de tableau de cinq colonnes que sont l'indication, le nom commercial et la dénomination commune internationale (DCI) du médicament, la forme galénique, la posologie et les modalités de prises et dans la dernière colonne des précautions particulières ou complément d'information pouvant aider à l'utilisation de certains médicaments.

Il y a autant de lignes que le patient prend de médicaments.

Le tableau est accompagné de données pouvant être utiles au bon usage de médicament : le nom et numéro de téléphone du médecin traitant, des données propres au patient : le MMS, le poids, l'albuminémie, la clairance de créatinine, et l'utilisateur de l'outil pour la préparation et la prise du traitement (une infirmière, une auxiliaire de vie, un proche ou le patient lui-même).

Lors du bilan gérontologique, des propositions thérapeutiques sont proposées par les gériatres et le traitement médicamenteux est transmis au médecin traitant sous forme de tableau accompagnant le courrier.

On retrouve à la fin du courrier :

« A l'attention du médecin traitant, le courrier est accompagné d'un tableau présentant le traitement médicamenteux pour faciliter l'observance par le patient. Si vous êtes d'accord, vous voudrez bien le valider en le signant et le remettre au patient. »

C. Méthodes

Nous avons récolté 244 outils « Mon Traitement » rédigés pour 244 patients pris en charge par les médecins du RSG depuis le 17 juin 2010 jusqu'au 13 juillet 2012.

1. Critères d'inclusion

Seuls les dossiers des patients ayant un tableau joint au courrier de prise en charge du RSG ont été choisis.

La p eriod  prise en compte débute le 17 juin 2010, date à laquelle a été rédigé le premier tableau et se termine le 13 juillet 2012, date à laquelle débute le recueil de données.

2. Critères d'exclusion

Les dossiers de patients pris en charge pendant cette p eriod  mais ne possédant pas l'outil n'ont pas été inclus dans cette étude.

3. Recueil de données

a) Recueil de données concernant les patients

Pour chaque patient, des données ont été recherchées dans le courrier et l'outil pour avoir le plus d'information possible afin de définir la population cible du RSG :

- Le sexe
- L'âge
- La ville de domicile
- Le nom et le téléphone du médecin traitant
- Les antécédents principaux avec recherche ciblée sur la présence de facteurs de mauvaise observance
- Le MMS : Test rapide d'évaluation des fonctions cognitives ANNEXE 1
- Le GIR : Grille d'évaluation de la dépendance ANNEXE 2

L'indication des antécédents dans le courrier des patients a permis de déterminer une liste de facteurs pouvant entraîner une mauvaise observance du traitement. (23) (24)

Voici une liste des facteurs les plus répandus :

- mauvaise connaissance du traitement
- connaissance et crainte d'effets indésirables
- sous estimation de la gravité potentielle de la maladie
- difficulté d'observance pour les injections lors d'insulinothérapie
- trouble cognitif
- complexité du traitement et du schéma thérapeutique
- consommation d'alcool
- polypathologie
- polymédication > 5 médicaments
- illétrisme

- troubles sensoriels visuels et/ou auditifs
- troubles thymiques notamment syndrome anxiodépressif
- formes galéniques et conditionnements inadaptés
- trouble de déglutition
- mobilité très réduite, grabatisation, séquelles d'AVC
- isolement

b) Analyse du traitement initial au domicile

Le recueil de données pour l'analyse des traitements initiaux et ceux validés par le RSG, a été élaboré sur la base des critères d'évaluation de l'ordonnance des programmes d'EPP proposés par la HAS. (5)

Les travaux mis à disposition pour les prescripteurs depuis 2005 (PMSA 2005) suivent une logique avec analyse de l'ordonnance, analyse du dossier et analyse du lien entre dossier et ordonnance. (3) (5)

Les courriers élaborés après le passage du RSG au domicile du patient récapitulent le traitement pris initialement par le patient.

Ceux-ci ont donc permis d'analyser l'ordonnance initiale de chacun des 244 patients en suivant le questionnaire suivant:

- 1- Combien de lignes comporte la liste des médicaments ?
- 2- Y a-t-il plus de deux psychotropes ? (25) (26)
- 3- Y a-t-il plus d'un AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien) ?
- 4- Y a-t-il plus d'une Benzodiazépine ?
- 5- Y a-t-il des vasodilatateurs cérébraux ? (27)
- 6- Y a-t-il plus de deux médicaments dont l'association est contre indiquée ? (28)
- 7- Y a-t-il plus de deux médicaments dont l'association est illogique ? (28)
- 8- La posologie est-elle précisée ?

-9- La répartition journalière est-elle détaillée ?

-10- Y a-t-il des médicaments inappropriés ? Si oui combien ?

Pour répondre au critère 2, il a été considéré qu'il y avait plus de 2 psychotropes quand le traitement contenait un médicament d'au moins trois classes de psychotropes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs et thymorégulateurs. (5)

Concernant les critères 6 et 7, devant la difficulté à flécher l'ensemble des contre indications médicamenteuses, il a été nécessaire de recourir au moindre doute à des guides de prescription : le dictionnaire Vidal et le guide des thérapeutiques. (5)

La recherche de médicaments inappropriés (critère 10) a été faite à partir d'une liste récapitulative de médicaments inappropriés de M-L Laroche qui est une adaptation à la pratique médicale française des critères de Beers créés en 1991 et réactualisés en 1997, répertoriant toutes les molécules inadaptées à la population de plus de 75 ans ou de 65 ans porteuse d'une polypathologie. (29-33)

c) Analyse du traitement proposé par le RSG

Les mêmes informations sont recherchées cette fois-ci dans la liste des médicaments récapitulée dans l'outil « Mon Traitement » et proposés par le RSG.

-1- Combien de lignes comporte la liste des médicaments ?

-2- Y a-t-il plus de deux psychotropes ?

-3- Y a-t-il plus d'un AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien) ?

-4- Y a-t-il plus d'une Benzodiazépine ?

-5- Y a-t-il des vasodilatateurs cérébraux ?

-6- Y a-t-il plus de deux médicaments dont l'association est contre indiquée ?

-7- Y a-t-il plus de deux médicaments dont l'association est illogique ?

- 8- La posologie est-elle précisée ?
- 9- La répartition journalière est-elle détaillée ?
- 10- Y a-t-il des médicaments inappropriés ? Si oui combien ?

d) Analyse comparative entre le traitement initial et le traitement proposé par le RSG

Les ordonnances initiales et les prescriptions faites sur l'outil « Mon Traitement » ont été analysées individuellement puis chaque donnée appariée a été comparée statistiquement.

e) Analyse du remplissage de l'outil « Mon traitement »

La qualité du remplissage a été évaluée selon la présence des critères suivants cotés de façon binaire (oui/non) :

- 1- le texte à la fin du courrier notifie que l'outil « Mon traitement » est joint à ce courrier.
- 2- le traitement est récapitulé par domaine pathologique.
- 3- les différentes galéniques sont mentionnées pour chaque médicament
- 4- des précautions particulières sont indiquées : ce critère a été coté sans jugement qualitatif sur la pertinence ou l'intérêt des informations inscrites.
- 5- l'utilisateur est fléché (patient, proche, infirmier, auxiliaire de vie) pour la préparation des médicaments et la prise si le patient a besoin d'aides.
- 6- les données propres au patient appréciées indépendamment comme critère :
 - le nom,
 - le MMS,
 - la clairance de la créatinine,
 - l'albuminémie,
 - le poids.

L'outil a été considéré comme insuffisamment rempli lorsqu'il y avait plus de 3 critères non précisés sur les 10 ou d'office s'il n'y avait pas l'indication de l'utilisateur principal du tableau (critère 5).

f) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées par l'équipe de la Plate-forme méthodologique de Lille n'ayant pas directement participé à l'étude.

Le recueil des données a été effectué dans le logiciel *Microsoft Office Excel 2003*.

Pour tester la différence des paramètres étudiés de chaque ordonnance entre avant et après le passage du RSG, nous avons effectué pour chaque variable d'intérêt, un test bivarié apparié.

Les variables étant toutes qualitatives, nous avons utilisé un test de Mac Nemar lorsque les conditions d'utilisation étaient réunies (effectifs théoriques supérieurs ou égaux à 5). En cas d'effectif insuffisant, nous avons réalisé un test apparié pour petits échantillons.

Le test est significatif lorsque $p < 0.05$. L'interprétation est citée comme suit : « Nous observons une différence statistiquement significative entre A et B au risque 5%. »

II. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population prise en charge par le RSG.

L'étude montre que les patients pris en charge par le RSG sont pour la majorité des femmes : 64% de femmes sont suivies contre 36% d'hommes.

48% des patients ont entre 81 et 90 ans, la moyenne d'âge étant de 83 ans.

Les patients suivis au sein du RSG sont majoritairement atteints d'une démence et/ou dépendants.

Pour 181 patients, un MMS a été réalisé et pour 68% d'entre eux, il est inférieur à 24 ce qui signifie la présence d'une démence. Pour 18% la démence est définie comme sévère avec un MMS inférieur à 15.

60% des patients inclus possèdent un GIR entre 3 et 4. Plus le niveau du GIR est bas, plus le patient a besoin d'aides.

98% d'entre eux ont des facteurs de mauvaise observance répertoriés à la lecture de leurs antécédents.

La polypathologie est omniprésente chez ces patients, les rendant ainsi fragiles et exposés à une polymédication à risque iatrogène élevé.

Les caractéristiques générales des patients sont présentées dans le tableau 1. (page suivante)

	Caractéristiques	Effectif	%	Moyenne	IC à 95%
Sexe	Féminin	155	64%	-	[57,11-69.51]
	Masculin	89	36%		[30.49-42.89]
Age	60 à 70 ans	22	9%	83	[82.35-84.36]
	71 à 80 ans	51	21%		
	81 à 90 ans	118	48%		
	Plus de 90 ans	53	22%		
Lieu d'habitation	Hellemmes	22	9%	-	[5.86-13.51]
	Lille	151	62%		[55.44-67.95]
	Lomme	71	29%		[23.57-35.3]
GIR	1	4	2%	4	[0.45-4.14]
	2	31	13%		[8.92-17.7]
	3	30	12%		[8.58-17.24]
	4	117	48%		[41.56-54.41]
	5	26	11%		[7.21-15.39]
	6	36	15%		[10.67-19.98]
MMS*	Supérieur à 24	25	14%	21	[20.17-21.87]
	Inférieur à 24	123	68%		
	Inférieur à 15	33	18%		
Présence de facteurs de mauvaise observance	Oui	239	98%	-	[95.28-99.33]
*Effectif 181 patients					

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients pris en charge par le RSG

B. Analyse du traitement initial.

La population du RSG est le reflet de la population à risque de iatrogénie médicamenteuse.

Les principaux facteurs que l'on peut repérer dans cette analyse sont la polymédication et la prescription inappropriée.

Tableau 2 : Analyse du traitement initial

	Effectif	Pourcentage	Moyenne	IC à 95%
Nombre de médicaments		-	7,6	[7.21-8.06]
Polymédication*	175	72%	-	-
Présence de psychotropes	141	58%	-	[51.31-64.01]
Présence de plus de 2 psychotropes	29	12%	-	[8.23-16.78]
Présence de plus d'un AINS	0	0%	-	[0-1.5]
Présence de plus d'une benzodiazépine	4	2%	-	[0.45-4.14]
Présence de vasodilatateurs cérébraux	40	16%	-	[12.1-21.78]
Présence d'association contre indiquée	0	0%	-	[0-1.5]
Présence d'association illogique	10	4%	-	[2.21-7.64]
Indication des posologies	225	92%	-	[87.92-95.12]
Indication de la répartition journalière	155	64%	-	[57.11-69.51]
Présence de médicaments inappropriés	107	44%	-	[37.57-50.33]
*Présence de plus de 5 médicaments				

1. La polymédication

L'étude confirme que les sujets âgés (72% dans notre étude), sont polymédiqués avec plus de 5 médicaments.

Les patients ont en moyenne entre 7 et 8 médicaments sur l'ordonnance ayant pour la plupart une posologie en plusieurs prises par jour multipliant ainsi le nombre de comprimés à prendre dans la journée. Le nombre de médicaments le plus élevé répertorié lors de l'étude est de 19 molécules.

2. La consommation des psychotropes

Notre étude révèle que 58% des patients ont au moins une molécule appartenant à une classe de psychotrope sur leur ordonnance.

12% de ces patients ont plus de 2 psychotropes dans leur traitement et il est souvent retrouvé l'association d'un antidépresseur, d'un hypnotique et d'un anxiolytique.

3. Les médicaments inappropriés dont les vasodilatateurs cérébraux

Dans la liste ML Laroche, les médicaments sont recueillis en raison d'un rapport bénéfice/risque estimé défavorable et/ou en raison d'une efficacité discutable. ANNEXE 3

44% des traitements initiaux comportaient des médicaments ou modalités thérapeutiques inappropriées aux personnes âgées.

Les vasodilatateurs cérébraux font partis de cette liste exhaustive de ML Laroche et sont retrouvés dans 16% des traitements initiaux.

4. Les autres données recherchées

Aucune ordonnance ne contenait plus d'un AINS.

2% des ordonnances contenaient plus de deux benzodiazépines.

Aucune association contre indiquée n'a été repérée dans ces traitements.

Des associations illogiques sont retrouvées lors du recueil de données dans 4% des prescriptions.

Les posologies sont renseignées dans 92% des cas et la répartition journalière des molécules est notée dans 64% des cas.

C. Analyse du traitement proposé par le RSG

Les facteurs de risque de iatrogénie médicamenteuse et de mauvaise observance révélés dans l'analyse du traitement initial sont aussi mis en évidence après le passage du RSG.

Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

	Effectif	Pourcentage	Moyenne	IC à 95%
Nombre de médicaments	-	-	6,9	[6.54-7.34]
Polymédication*	161	66%	-	-
Presence de psychotropes	143	59%	-	[52.13-64.8]
Présence de plus de 2 psychotropes	24	10%	-	[6.53-14.45]
Présence de plus d'un AINS	0	0%	-	[0-1.5]
Présence de plus d'une benzodiazépine	2	1%	-	[0.1-2.93]
Présence de vasodilatateurs cérébraux	20	8%	-	[5.2-12.56]
Présence d'association contre indiquée	0	0%	-	[0-1.5]
Présence d'association illogique	5	2%	-	[0.76-4.98]
Indication des posologies	243	99.6%	-	[97.74-99.99]
Indication de la répartition journalière	243	99.6%	-	[97.74-99.99]
Présence de médicaments inappropriés	75	31%	-	[25.09-37]
*Présence de plus de 5 médicaments				

Tableau 3 : Analyse du traitement proposé par le RSG

1. La polymédication

L'évaluation du traitement récapitulé sur l'outil révèle les mêmes caractéristiques des prescriptions initiales.

66% des patients sont polymédiqués avec un nombre moyen de médicaments entre 6 et 7.

2. La consommation des psychotropes

La prescription de psychotropes est présente dans 59% des outils et la consommation de plus de 2 psychotropes est évaluée à 10%.

3. Les médicaments inappropriés dont les vasodilatateurs cérébraux

Les médicaments inappropriés sont présents dans 31% des cas et les vasodilatateurs cérébraux sont retrouvés dans 8% des outils

4. Les autres données recherchées

Aucune prescription de plus d'un AINS n'est retrouvée.

On évalue la prescription de plus de deux benzodiazépines dans les outils à 1%.

Aucune association contre-indiquée n'est retrouvée lors de l'analyse des outils mais 2% d'entre eux contenait des associations illogiques.

Dans 99.6% des outils étaient renseignés la posologie et la répartition journalières des médicaments.

D. Analyse comparative du traitement initial et du traitement du RSG

Chaque critère évalué sur l'ordonnance initiale puis sur l'ordonnance proposée sur l'outil « Mon Traitement », est comparé et analysé statistiquement afin de définir une différence significative.

Les résultats mettent en valeur l'intérêt de la revue d'ordonnance en mettant en évidence une baisse des pourcentages.

La comparaison du traitement initial à celui proposé par le RSG est résumée dans le tableau suivant :

	Ttt initial	Ttt RSG	p-value
Prescription de psychotropes	58%(n=141)	59%(n=143)	p=0.77282
Présence de plus de 2 psychotropes	11.8% (n=29)	9.8% (n=24)	p = 0.0625
Présence de plus d'une Benzodiazépine	2% (n=4)	1% (n=2)	p = 0.5
Présence de vasodilatateurs cérébraux	16% (n=40)	8% (n=20)	p = 2.15178e-05
Présence d'association de 2 médicaments illogique	4% (n=10)	2% (n=5)	p =0.0625
Indication de la posologie	92% (n=225)	99.6% (n=243)	p = 6.15109e-05
Indication de la répartition journalière	64% (n=155)	99.6% (n=243)	p = 4.70370e-20
Présence de médicaments inappropriés	44% (n=107)	31% (n=75)	p = 1.05807e-07

Tableau 4 : Analyse statistique comparative du traitement initial et du traitement du RSG

Selon l'étude statistique, on remarque une différence significative ($p < 0.05$) pour les critères suivants : présence de vasodilatateurs cérébraux, présence de PMI, indication de la posologie et indication de la répartition journalière. Ceci reflète une meilleure prescription.

On remarque également une baisse des associations médicamenteuses illogiques de 2% et une baisse de la présence de plus de 2 BZD, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($P > 0.05$).

La prescription des psychotropes quant à elle reste quasi identique.

E. Analyse du remplissage de l'outil « Mon Traitement »

L'objectif secondaire de la thèse est d'évaluer la qualité de remplissage de l'outil et selon les critères d'évaluation, on retrouve pour 64% des patients, un outil suffisamment bien rempli.

Les pourcentages traduisant le taux de remplissage des critères sont présentés dans le tableau suivant :

	Pourcentage
Outil bien rempli	64%
Présence de l'outil notifié à la fin du courrier	100%
Traitement récapitulé par domaines pathologiques	100%
Indication du nom du patient	100%
Indication du MMS	70%
Indication de la clairance de la créatinine	31%
Indication de l'albumine	35%
Indication du poids	75%
Indication de la forme galénique du médicament	100%
Indication de précautions particulières	80%
Indication de l'utilisateur de l'outil	88%

Tableau 5 : Analyse du remplissage de l'outil Mon Traitement.

Cela signifie que sur 36% des outils, il y avait plus de 3 données utiles non renseignées parmi ceux demandés : le MMS, la clairance de la créatinine, l'albumine, le poids, les précautions particulières.

Lorsque l'utilisateur de l'outil n'était pas indiqué (information facilement recueillie), le critère de remplissage était côté N=insuffisamment rempli. Dans notre étude, 12% des outils ne contenaient pas le nom de l'utilisateur donc ces 12% ont été considérés comme insuffisamment bien rempli.

Dans 100% des outils, nous retrouvons indiqué le nom du patient, le nom du médecin traitant et ses coordonnées.

Dans 100% des cas, le courrier indiquait que l'outil lui était joint et les médicaments étaient récapitulés par domaines pathologiques avec leurs formes galéniques.

1. Les données propres au patient

Le MMS a été renseigné dans 70% des cas, l'albumine et la clairance de la créatinine ont été notées respectivement dans 35% et 31% des cas et le poids dans 75% des cas.

2. Les précautions particulières

Concernant les précautions particulières, ce critère a été jugé par la présence ou non d'annotation dans la dernière colonne. Le caractère pertinent de ces remarques n'était pas évaluable sans consensus ni réflexion faite à ce sujet au moment de l'étude.

88% des outils présentaient des annotations dans la colonne dédiée aux précautions particulières.

III. DISCUSSION

244 outils « Mon traitement » ont été complétés par les médecins du réseau et adressés aux médecins traitants. L'étude a été réalisée pour évaluer la faisabilité de la démarche et la qualité de remplissage dans le but d'étendre l'utilisation de l'outil sur le territoire du Nord-Pas de Calais. Elle a également permis de confirmer l'existence d'une iatrogénie médicamenteuse en ambulatoire chez la personne âgée qui est fragilisée par la présence de polypathologie et le plus souvent en perte d'autonomie. 98% des patients ont des facteurs de risque de mauvaise observance et 72% d'entre eux sont polymédiqués.

L'analyse montre que l'outil « Mon traitement » aide à l'optimisation des prescriptions en invitant les prescripteurs à réévaluer leur ordonnance : on observe une baisse de 12% de PMI. Mais les utilisateurs rencontrent des difficultés : le temps de remplissage est très long et 64% des outils « Mon traitement » sont remplis avec l'ensemble des données utiles.

L'outil a été expérimenté au sein de services hospitaliers gériatriques et les résultats semblent comparables.

L'outil « Mon traitement » apparaît comme un outil séduisant mais son utilité sur l'adhésion des patients à leur traitement doit encore être évaluée.

A. La faisabilité de la démarche

La volonté d'améliorer les pratiques professionnelles et de limiter la iatrogénie médicamenteuse a conduit à l'élaboration de l'outil « Mon Traitement ».

Cet outil a été conçu pour regrouper par classes thérapeutiques les médicaments prescrits aux patients âgés et fragiles pris en charge par le RSG. Il détaille également des données individuelles (poids, clairance de la créatinine, albuminémie, utilisateurs, médecin traitant, MMS) qui peuvent favoriser une prescription adaptée au contexte clinique et améliorer ainsi un facteur déterminant dans la iatrogénie : l'observance.

Les patients suivis par le RSG du fait de leur âge avancé et de leur polyopathie cumulent de nombreux facteurs de mauvaise observance tels que sus-cités.

La diminution de cette inobservance est l'objectif que se sont fixé la filière gériatrique et le RSG en élaborant l'outil évalué dans cette analyse.

L'objectif des membres de l'URPS des médecins libéraux Nord Pas de Calais, du Réseau Santé Qualité, du pôle gériatrique du CHRU de Lille, de l'OMEDIT Nord-Pas de Calais et enfin du RSG de Lille Hellemmes Lomme, est d'étendre ce projet dans toute la région Nord-Pas-de-Calais dans les services accueillant les personnes âgées ou au sein des réseaux de santé « personnes âgées ».

L'outil « Mon Traitement » a été utilisé au sein du RSG mais également dans la filière gériatrique hospitalière afin d'analyser son utilisation en ambulatoire et à l'hôpital.

1. Notre étude au sein du RSG de Lille Hellemmes Lomme

a) La population suivie par le RSG

Les résultats montrent que la population du RSG est à l'image de la population prise en charge par les réseaux de la région. (16)

La répartition homme/femme dans les réseaux en 2012 est de 7 femmes pour trois hommes.

La tranche d'âge est pour 52% des patients entre 81 et 90 ans, 29% entre 71 et 80 ans et 9% entre 60 et 70ans ce qui est similaire aux caractéristiques de la population du RSG.

90 % des patients pris en charge par les réseaux sont dépendants. Le GIR est compris entre 3 et 4 pour 65% d'entre eux, entre 1 et 2 dans 25% des cas et entre 5 et 6 dans 10% des cas.

b) La consommation médicamenteuse

La consommation de psychotropes par la population âgée est devenue un problème de santé publique. Le mésusage de ces prescriptions est à l'origine d'une iatrogénie importante surtout chez les patients âgés vulnérables et très exposés.

Une personne sur 2 âgée de plus de 70 ans fait usage de psychotropes de façon chronique.

La HAS en 2007 a édité un document présentant des propositions d'actions d'amélioration concertées et coordonnées relatives aux troubles du sommeil, à l'anxiété, aux troubles du comportement et à la dépression. (34)

Notre étude confirme cette réalité avec un taux de prescription de psychotropes atteignant presque les 60%.

La consommation de médicaments inappropriés est l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus « misuse » mais représente aussi la prescription de médicaments en absence d'indication ou dont le SMR est insuffisant « overuse ».

Cette Prescription Médicamenteuse Inappropriée retrouvée avec l'utilisation de la liste de ML Laroche est estimée dans notre analyse à 44% puis 31% après la revue d'ordonnance.

Les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et on signale des risques d'hypotension orthostatique et de chutes lors de leur utilisation. (27)(33)

Ils ont été considérés par la Commission de la Transparence comme ayant un Service Médical Rendu insuffisant dans le traitement des troubles cognitifs non démentiels. Ils sont progressivement retirés des ordonnances des sujets âgés devant leur déremboursement mais sont encore relativement présents comme le montre notre étude avec un pourcentage de présence de 16% puis 8% après la revue d'ordonnance.

Une étude représentative de la population française des plus de 65 ans (grande cohorte) a révélé une consommation de vasodilatateurs dans 23.4% de cette population. (36) (37)

Des associations illogiques ont été répertoriées lors de l'analyse des traitements

- Deux antalgiques de palier 2 ou un antalgique de palier 2 et un de palier 3 multipliant ainsi les effets secondaires liés aux dérivés opiacés.
- Association antidiarrhéiques et de laxatifs consommés de façon chronique
- Association de deux hypnotiques ou deux benzodiazépines.
- Association de deux anti-agrégants plaquettaires hors AMM. (35)
- Association de deux vasodilatateurs cérébraux.

La revue d'ordonnance a permis une diminution de 4% à 2% de présence de ces associations.

2. L'étude au sein des services hospitaliers

a) Le contexte

En mai 2013, les résultats du test de l'outil « Mon Traitement » ont été restitués après une étude réalisée de février à juin 2012 en région Nord-Pas de Calais par les membres de l'URPS des médecins libéraux Nord Pas de Calais, du Réseau Santé Qualité, du pôle gériatrique du CHRU de Lille et de l'OMEDIT Nord-Pas de Calais. (38)

A la différence de notre étude, celle-ci a été élaborée au sein de plusieurs établissements hospitaliers volontaires en collaboration avec les gériatres travaillant dans des unités de soins accueillant des personnes âgées pour des séjours de courte ou moyenne durée.

Des questionnaires d'évaluation de l'outil « Mon Traitement » ont été diffusés aux établissements testeurs et aux médecins généralistes destinataires des tableaux.

L'analyse a été complétée par l'évaluation de la qualité du remplissage de l'outil « Mon Traitement ».

b) Les résultats de l'étude en milieu hospitalier

Durant la période de l'évaluation de l'outil en filière hospitalière, 382 fiches Mon Traitement ont été remplies tous établissements confondus. La qualité de remplissage a été évaluée selon les items suivants :

- Médecin prescripteur hospitalier
- N° tel du service
- Nom patient
- Préparateur des médicaments
- MMS
- Poids
- Albumine
- Clairance
- Allergies
- Indication
- Forme galénique
- Durée du traitement
- Nom médecin traitant

Certains de ces critères sont comparables à ceux évalués dans notre étude.

On retrouve dans l'outil la présence du nom du patient dans 99% des tableaux en hospitalier contre 100% au RSG, du MMS (64% contre 70%), du poids (80% contre 75%), de la forme galénique (86% contre 100%).

Il existe une grande différence au niveau de la présence de l'albuminémie (79% contre 35%) et de la clairance de la créatinine (65% contre 31%). Cela peut être expliqué par le fait que ces données sont plus facilement recueillies en milieu hospitalier avec la biologie systématique réalisée à l'entrée du patient plutôt qu'à son domicile par les membres du RSG.

64% des tableaux du RSG sont remplis avec les critères les plus pertinents tout comme au niveau hospitalier.

Les résultats des questionnaires d'évaluation révèlent le point récurrent posant problème : le tableau prend du temps à être rempli correctement par les professionnels de santé.

La plupart des professionnels de santé des établissements ayant utilisé l'outil ont déclaré que le remplissage de l'outil prenait trop de temps sous forme papier et qu'il serait redondant avec le courrier de sortie déjà très complet. Cette remarque est la même pour les gériatres du RSG.

Les médecins généralistes participants à l'évaluation ont répondu ne pas avoir reçu l'outil joint au courrier dans 65% des cas.

Durant notre analyse au sein du RSG, très peu d'outils « Mon Traitement » ont été retrouvés au domicile des patients par l'équipe du RSG sans qu'on en connaisse les causes : on peut supposer que le médecin traitant n'ait pas reçu l'outil, que le patient se soit débarrassé de l'outil ne comprenant pas son utilité ou que l'outil n'ait pas été validé et transmis au patient.

Cependant, 88% des médecins généralistes ayant participé au test en filière hospitalière ont trouvé l'outil adapté et ont dans 82% des cas adopté les prescriptions proposées.

3. La qualité de l'outil

a) Les points forts

L'outil est construit sous forme de tableau permettant de récapituler par domaines pathologiques un traitement médicamenteux détaillé avec sa forme galénique, sa posologie, sa durée et s'il y a lieu accompagné de précautions de prise ou surveillance.

Le manque d'observance impose de s'interroger sur la bonne formulation des conseils donnés par le médecin. Hiérarchiser ses prescriptions, prodiguer des indications précises de posologies et des instructions en terme de nombre de prises journalières, de durée de traitement sont des conseils d'optimisation de prescription. (39-41)

L'outil « Mon Traitement » permet également d'y noter des données propres au patient pouvant se révéler utiles lors de la prescription, au moment de l'adaptation des posologies selon le poids ou la fonction rénale.

Les modifications de la pharmacocinétique liées à l'âge doivent être prises en compte lors de l'élaboration de l'ordonnance pour éviter les effets toxiques par surdosage, les interactions médicamenteuse. (39) (41)

Une étude menée sur les comptes rendus d'hospitalisation d'un service de soins de suite et réadaptation a révélé que seul 53% des comptes rendus signalent la clairance de la créatinine et dans ces comptes rendus 7.2% des prescriptions sont inadaptées à la fonction rénale. (42)

Il précise la présence d'allergie médicamenteuse connue, une information communiquée entre les intervenants pour éviter toute prescription contre-indiquée.

Il renseigne également la présence de trouble cognitif par le MMS, pouvant justifier la mise en place d'intervenants dans la préparation et la prise des médicaments.

Il notifie le nom de la personne destinée à la préparation et à l'administration des médicaments.

Il est conseillé de veiller à ce que le patient sache lire et comprendre la prescription, sache utiliser les produits dans la galénique prescrite. (39-41)

Les commentaires des participants à l'analyse de l'outil en filière hospitalière décrivent l'outil « Mon traitement » comme étant un bon concept, un outil adapté au patient qui identifie bien à quelle pathologie et à quel symptôme est relié leur traitement. Les items du tableau sont pertinents. (38)

Au sein du RSG, les gériatres le préconisent pour limiter les erreurs d'observance à domicile.

Il s'agit d'un outil adapté au patient mais aussi aux aidants.

Il paraît également utile au prescripteur en l'invitant à une revue d'ordonnance plus qu'à une éducation thérapeutique, les patients suivis par le RSG étant fragiles, déments et peu intervenants dans les modalités thérapeutiques.

b) Les points faibles

Les commentaires recueillis au niveau des participants de l'étude au sein du RSG et de la filière hospitalière sont similaires : la remarque la plus récurrente est la difficulté de remplissage qui rend l'outil peu compatible avec la pratique quotidienne.

En effet, l'outil est un document saisi sur un fichier informatique word nécessitant le recopiage des informations fournies dans le courrier joint. Cela prend beaucoup de temps, paraît long et redondant.

Le recopiage semble être pour certains participants un facteur de risque d'erreurs de prescription.

Les patients étant pour la plupart polymédiqués l'outil est trop petit pour recueillir toute la liste des médicaments du patient.

La problématique en ambulatoire est que l'outil doit être en totalité ressaisi lors des modifications et des mises à jour thérapeutiques par le médecin traitant qui n'a pas d'exemplaire vierge de l'outil.

Selon certains commentaires recueillis lors de l'étude en filière hospitalière, l'outil semble aussi inadapté pour les patients déments devant la difficulté de compréhension, répétitif avec le courrier médical et le fait de recopier des traitements que le patient prend souvent depuis très longtemps leur paraît inutile.

4. La qualité de remplissage

Notre étude a permis de révéler certains aspects du remplissage contribuant à limiter sa qualité.

a) Les limites de notre étude

- ***La méthode de remplissage***

On a observé tout d'abord que pour certains patients, les propositions thérapeutiques du gériatre du RSG indiquées dans le courrier n'étaient pas retranscrites sur l'outil «Mon Traitement».

Cette différence de méthode de remplissage a eu des conséquences dans l'analyse comparative des traitements initiaux et ceux proposés par le RSG. En effet, seuls les traitements sur les outils ont été évalués et pris en compte et pas les propositions thérapeutiques relatées dans le courrier qui une fois dans l'outil auraient pu modifier favorablement les chiffres.

L'explication est qu'il est difficile de justifier un traitement que l'on n'a pas instauré personnellement. Le gériatre ne désire pas se substituer au médecin traitant dans les prises de décision thérapeutique.

Mais ne pas retranscrire les recommandations sur l'outil le rend inutilisable. Si le médecin traitant décide de suivre les recommandations du gériatre, il doit modifier l'outil qui ne le permet pas.

- ***Les données manquantes***

L'analyse du remplissage de l'outil « Mon traitement » retrouve des taux faibles concernant la présence du MMS, du poids, de l'albumine et de la clairance de la créatinine.

On peut estimer que ces chiffres sont sous-estimés en effet beaucoup de données étaient manquantes, inconnues des membres du RSG ce qui les rendait impossible à indiquer sur l'outil.

Dans le courrier joint au tableau, il est parfois noté que le patient ne possédait pas de pèse personne pour recueillir un poids récent, qu'il n'avait pas au domicile de résultats biologiques récents à communiquer telles que l'albuminémie ou la clairance de la créatinine.

Parfois, les troubles cognitifs évolués ou l'illétrisme du patient ne permettaient pas d'établir un score MMS.

Ces résultats sont quasiment identiques dans l'étude en filière hospitalière sauf pour les données biologiques qui sont plus facilement retrouvées dans les dossiers d'hospitalisation des patients même si dans certains services l'albuminémie n'est pas recherchée systématiquement (en Soins de Suite et Réadaptation).

La présence de la durée du traitement sur l'outil n'a pas été évaluée dans notre étude car la notion de durée n'est pas nécessairement justifiée lors d'un traitement pris au long cours.

Les patients âgés prennent leur traitement pour des pathologies chroniques évoluant depuis nombreuses années et n'avaient pas de traitement de courte durée au moment des visites des gériatres du RSG.

La durée est le plus souvent indiquée sur les ordonnances en cas de renouvellement mensuel pour la délivrance des médicaments par le pharmacien.

- ***Les précautions particulières***

Dans notre analyse, il a été très difficile de déterminer si ces précautions particulières étaient pertinentes ou pas et de considérer le critère comme présent ou non.

Durant le recueil de données, les principales notations les plus retrouvées dans la colonne des « précautions particulières » étaient :

- Surveillance de certains éléments biologiques comme la clairance de la créatinine, le ionogramme, le dosage de la vitamine D, l'INR, la numération plaquettaire, le taux d'Hémoglobine glyquée (HbA1c), la TSH, la ferritinémie.
- Risque d'hypotension, risque de chute, prévenir le médecin si malaise
- Si angoisse, si douleur, si besoin,
- En dehors des repas, pendant les repas, 2h avant le repas, au coucher, à jeun.
- Ne pas associer à une consommation d'alcool excessive
- Ne pas écraser, prendre avec yaourt ou verre de lait.
- Changer le patch tous les jours.

On peut se demander si ces précautions sont réellement destinées au patient ou au prescripteur lui même, et pour certaines un facteur de mauvaise observance en inquiétant le patient sur le risque d'effets secondaires (hypotension, chute, malaise,..).

Au cours de l'étude dans la filière hospitalière, les précautions particulières ont été indiquées dans 60% des outils mais ont été considérées pertinentes pour plus de la moitié des

traitements que dans 15% des cas tous établissements confondus et pertinentes pour moins de la moitié des traitements dans 45% des cas.

b) Les axes d'amélioration

- ***La méthode de remplissage***

Avant d'initier le concept, une formation commune sur le recueil des informations et la méthode de remplissage pourrait être développée pour les futurs utilisateurs de l'outil au sein des services accueillant les personnes âgées et des réseaux de santé « personnes âgées ».

Une note explicative écrite pourrait être disponible pour les médecins ou un site internet de référence créé pour diffuser largement l'outil et permettre son utilisation de façon simplifiée.

Cela permettrait aux prescripteurs d'avoir une méthode de remplissage comparable et de rendre l'outil plus productif.

- ***Les données manquantes***

Le RSG est dans la majorité des cas, contacté par le médecin traitant. On pourrait imaginer avant le passage du RSG que les différents intervenants communiquent la date de la visite au domicile afin d'anticiper le recueil de données nécessaire aux gériatres.

Une biologie complète avec le dosage de la fonction rénale et de l'albuminémie pourrait être réalisée quelques jours avant la visite.

Lors d'une hospitalisation, les gériatres peuvent demander de façon systématique le dosage de la clairance de la créatinine et de l'albuminémie.

Concernant le poids, il est possible que l'équipe du RSG se munisse d'outil tel qu'un pèse-personne pour le recueil du poids quand il est possible que le patient se mette debout.

Au sein des services hospitaliers, la mesure du poids est possible même quand le patient est alité et grabataire.

- ***Les précautions particulières***

A la suite de l'étude sur l'outil « Mon traitement » réalisé en secteur hospitalier, le Conseil scientifique de l'OMEDIT Nord Pas de Calais a proposé une liste de messages principaux simples non exhaustifs, adaptés à la compréhension des personnes âgées pour la surveillance et les risques de certaines classes thérapeutiques de médicaments. ANNEXE 4

Cette liste pourrait être diffusée largement aux prescripteurs utilisant l'outil pour les conseiller dans la rédaction de ces précautions particulières.

B. L'intérêt de l'outil

1. L'utilité dans la relation avec le patient

L'utilité de l'outil « Mon Traitement » pour les patients est selon notre étude, peu exploitée pour le moment. En effet, très peu de fiches « Mon traitement » sont retrouvées au domicile du patient.

Selon les travaux réalisés en filière hospitalière, la majorité des médecins traitants répondent ne pas avoir connaissance de cet outil joint au courrier. Seuls 35% des médecins auraient reçu la fiche accompagnée du courrier de sortie.

L'objectif de l'outil au domicile serait de faire connaître son traitement au patient en lui indiquant de manière simple, claire et compréhensive la liste de ses médicaments afin d'améliorer son observance.

La problématique des précautions particulières à indiquer sur la fiche reste à améliorer.

Une meilleure connaissance de son traitement permettrait une meilleure « adhésion au traitement » par le patient. L'outil « Mon Traitement » lui serait utile pour préparer seul son pilulier ou en cas d'oublis et lorsqu'une tierce personne est désignée pour la préparation et

l'administration des médicaments, elle peut ainsi prendre facilement connaissance des médicaments en limitant les erreurs.

Des études ont montré que la méconnaissance des patients sur leur propre traitement n'était pas toujours associée à un déficit cognitif (24). L'information pharmaco-thérapeutique constitue un élément central de la relation de confiance établie entre patients et professionnels de santé.

L'éducation thérapeutique est susceptible d'améliorer la compliance des patients aux soins. (24)

Il est mentionné que l'observance en institution ou en hospitalisation est supérieure à celle mesurée en ambulatoire. Les patients sont assistés pour la préparation et l'administration de leur traitement. (24)

L'outil « Mon Traitement » pourrait être utile en ambulatoire pour autonomiser le patient dans la gestion de son traitement quand son état de santé générale le lui permet.

2. L'utilité pour les prescripteurs

a) La revue d'ordonnance et la recherche de PMI

- ***La revue d'ordonnance***

L'intérêt d'un outil récapitulatif du traitement est d'aider le prescripteur à optimiser ses prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.

En organisant les médicaments en classes thérapeutiques, vérifiant les galéniques et les posologies et en indiquant quelques précautions particulières, le médecin prescripteur adapte le traitement individuellement au patient.

Les médicaments sont revus dans leur globalité afin de diminuer le nombre de médicaments inutiles, les schémas thérapeutiques sont simplifiés. (42) (43)

La revue d'ordonnance est une solution pertinente pour éviter les PMI et les effets indésirables associés. (44)

Depuis une dizaine d'années, des consensus d'experts valident des listes de critères permettant de repérer les prescriptions médicamenteuses inappropriées PMI.

- ***Les outils d'identification de prescriptions médicamenteuses inappropriées***

Le plus reconnu est *la liste de Beers* créée en 1991 s'adressant aux personnes âgées de plus de 65 ans les plus fragiles vivant en maison de retraite. Elle a été réactualisée en 1997 en étant généralisée à toute la population de plus de 65 ans quelque soit le degré de fragilité ou le lieu de résidence puis en 2003. (29-31)

Cependant cette liste fait référence à des médicaments non commercialisés en Europe.

En 2007, Marie-Laure Laroche et un consensus d'experts (Laroche et al.) développent ainsi une réadaptation de la liste de Beers à la pratique médicale française et créent une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes de plus de 75 ans ou d'efficacité douteuse par rapport à d'autres alternatives thérapeutiques plus sûres et plus efficaces. (32-33)

En janvier 2012, la *liste de Laroche* a été remise à jour (dénomination commune internationale et noms commerciaux) à l'aide du site Theriaque (www.theriaque.org) lors d'un travail de thèse (45). En effet, depuis 2007, certaines spécialités avaient été supprimées du marché. Cette nouvelle liste exhaustive a servi à l'identification des PMI dans cette étude.

ANNEXE 3

En 2011, deux outils complémentaires ont été validés par un consensus d'experts au Canada : *l'outil STOPP* (Screening Tool for Older Persons potentially inappropriate Prescription) et *START* (Screening Tool to Alert doctors ti Right Treatment) répertoriant une liste de critères

permettant d'identifier les médicaments inappropriés chez les plus de 65 ans et de repérer les omissions de prescription. (44) (46)

En 2005, la HAS a mis à disposition des prescripteurs, des documents de synthèse et recommandations ainsi que des grilles d'audit de pratique dans le but d'aider à la prescription, à gérer le risque iatrogène chez le sujet âgé, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile. (5)

Ce *programme PMSA* de la HAS propose des indications générales afin de permettre la rédaction d'ordonnance à faible risque iatrogénique.

Les critères doivent être considérés comme des indicateurs permettant d'évaluer le traitement prescrit à la personne âgée et non comme un outil de mesure de la qualité de la prescription. (5)

b) L'outil « PMSA-Réseaux »

Les médecins généralistes ont la meilleure vue d'ensemble sur le traitement médicamenteux de leurs patients âgés et bénéficient également de leur confiance. Ils ont donc le rôle d'évaluer, d'expliquer, de rassurer et de réduire les médicaments au strict nécessaire. (41)

Mais ils ne sont pas les seuls intervenants.

Le médecin (traitant, autre spécialiste, hospitalier, urgentiste) est acteur de la prescription. La dispensation est assurée par le pharmacien. L'entourage familial, l'auxiliaire de vie ou l'infirmière libérale et encore l'équipe du SSIAD sont présents pour la gestion de l'observance.

La personne âgée fragile, vulnérable est bien souvent prise en charge par plusieurs acteurs au sein d'un réseau.

Validé par la HAS depuis juillet 2013, le Plan Personnalisé de Santé (PPS) est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou

plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. (47)

Il permet de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. (47)

La démarche du groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a été de vouloir intégrer le thème PMSA dans leur PPS en y insérant l'outil « Mon Traitement ».

Ce groupe « réseaux » de la SFGG a donc mis en place un nouvel outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé « Personnes Agées » pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations.

Cet outil a pour objectif d'intégrer dans les Evaluations Gérontologiques Standardisés le thème de la PMSA proposé par la HAS.

Ce nouvel outil « PMSA-Réseaux » est constitué de 4 fiches : ANNEXE 5

FICHE N°1 : rechercher des signes d'alerte sur le risque d'inobservance et de iatrogénie

FICHE N°2 : remplir l'outil « Mon Traitement » avec les données précisant les prises médicamenteuses (formes galéniques et posologies incluses), les constantes (poids, albuminémie, clairance de la créatinine, MMS, allergies), l'intervenant dans la préparation et l'administration des médicaments.

FICHE N°3 : répertorier les facteurs et situations potentiellement iatrogènes (médicaments et situations à risque) et évaluation bénéfice/risque des prescriptions avec le médecin traitant

FICHE N°4 : partager les informations collectées, les critères d'alerte, la revue d'ordonnance et les préconisations avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient concerné : médecin traitant, établissements de santé, entourage et patient lui-même.

C. Les perspectives d'amélioration de l'outil

1. Intégration de l'outil « Mon Traitement » dans un logiciel informatisé

a) Outils existants

- ***Outils pour les professionnels de santé :***

Les médecins généralistes ont à leur disposition des logiciels et services permettant d'informatiser leur pratique en fonction de leur spécialité, leur mode d'exercice, leurs préférences. (axisanté, médiclick, Cegedim Logiciel Medical CLM, ...).

Ils peuvent, s'ils le souhaitent, lors de la rédaction et impression de l'ordonnance d'un patient, imprimer automatiquement dans le même temps un tableau récapitulatif du traitement en précisant la galénique, les posologies avec dosage et prise journalière.

- ***Outils pour les patients :***

Le patient peut avoir un dossier médical personnel DMP. Ce projet public a été lancé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, il est opérationnel depuis mi 2011 mais est encore peu utilisé. (450 000 dossiers créés en 2014)

Le DMP a pour but de favoriser le partage d'informations médicales (antécédents médicaux, allergies, résultats d'examens biologiques et d'imagerie, compte rendus de consultations et d'hospitalisations et le traitement en cours) entre les différents professionnels de santé avec accord préalable du patient. (généralistes, autres spécialistes, pharmaciens, personnels infirmiers et hospitaliers)

Il peut être créé pour tout patient demandeur lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins à partir de la carte vitale et de l'Identifiant National de Santé (INS) du patient.

Le patient ou un professionnel de santé peut accéder à un DMP créé via internet. (48)(49)

b) L'intérêt pour le médecin

La volonté du RSG et de ses partenaires est d'étendre l'outil dans la région Nord Pas de Calais. Intégrer l'outil dans un logiciel apporterait un gain de temps à ses utilisateurs en effet le temps de remplissage est le principal frein à son usage.

Il est plus complet que ceux fournis par les logiciels médicaux actuels avec la présence des données propres au patient.

L'outil Mon traitement pourrait être régulièrement mis à jour en modifiant les prescriptions sur l'ordonnance et imprimé sans recopier ligne par ligne les molécules.

Une création et mise à jour rapide d'un outil serait à disposition de tous les prescripteurs et intervenants utilisant le même logiciel que ce soit en ambulatoire et en hospitalier.

Les logiciels médicaux permettent lors de la prescription, de détecter des interactions médicamenteuses par des alertes avec des précautions d'emploi à tenir et des risques encourus lors d'associations de thérapeutiques à risque iatrogène.

Intégrer l'outil « Mon traitement » dans ce type de dispositif améliorerait la prescription, la revue d'ordonnance et l'identification des PMI.

2. Le rôle du pharmacien

Les praticiens hospitaliers utilisent au sein de leurs services des dossiers patients informatisés tout comme les médecins généralistes sont de plus en plus équipés au cabinet.

Mais les visites au domicile souvent de sujets âgés se font principalement sans outil informatique. L'outil « Mon traitement » ne pourrait pas facilement être utilisé.

L'éducation thérapeutique avec l'outil se limiterait probablement au cabinet.

On pourrait imaginer faire intervenir le pharmacien en officine lors de la délivrance des médicaments.

Le pharmacien est un intervenant dans l'éducation thérapeutique des patients.

Il préconise la bonne utilisation des médicaments en détaillant les posologies, les prises journalières, les risques de mauvaise tolérance avec les effets indésirables possibles.

Sa connaissance du médicament est un atout dans la détection d'une éventuelle iatrogénie médicamenteuse.

Le pharmacien utilise le dossier pharmaceutique informatisé. Il pourrait lors de la délivrance des médicaments prescrits sur l'ordonnance, éditer un outil « Mon Traitement » et proposer au patient des précautions particulières sur l'utilisation des médicaments. (45)

Les changements de prescription sur l'ordonnance pourraient être alors mis à jour à chaque délivrance et un nouveau tableau réédité.

CONCLUSION

L'outil « Mon Traitement » est un concept s'inscrivant dans la démarche PMSA initiée par la HAS. Il doit permettre d'améliorer la prescription en invitant les prescripteurs à réévaluer au mieux leur prescription.

La prévalence de la prescription des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées vivant à domicile varie de 44% à 31% dans notre étude après la revue d'ordonnance et la polymédication passe de 72% à 66% des patients suivis par le RSG.

Ce résultat souligne l'importance d'une sensibilisation à effectuer auprès des prescripteurs par la diffusion d'outils d'identification des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées conçus pour optimiser leur prescription.

L'observance quant à elle, doit être évaluée pour être améliorée. L'outil « Mon Traitement » peut apporter au patient une meilleure connaissance de son traitement mais l'éducation thérapeutique doit se faire par les différents acteurs de la prise en charge du patient.

La collaboration médecin-pharmacien pourrait permettre au pharmacien d'officine d'optimiser l'utilisation de l'outil, d'aider à sa diffusion et de limiter la iatrogénie médicamenteuse chez le patient âgé polypathologique.

L'intégration de l'outil « Mon Traitement » au sein d'un logiciel informatique médical pourrait améliorer son utilisation et augmenter sa présence au domicile des patients âgés ce qui permettrait dans un second temps d'évaluer son impact sur l'adhésion du patient à son traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Tableaux de l'économie française. Edition 2012 population par âge §3.2 p26
Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2012/T12F032/T12F032.pdf>
2. COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE. Octobre 2012 ; § 10.3 p 139-140
3. AUVRAY L. et SERMET C. «Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées » Un état des lieux, Gérontologie et société, 2002/4 n° 103, p. 13-27. DOI : 10.3917/g.s.103.0013
4. Pr LEGRAIN S. Consommation Médicamenteuse du sujet âgé. HAS. 2005. 16 p
Disponible sur : : www.has-sante.fr
5. Pr LEGRAIN S , Dr DESPLANQUES A. Programmes et outils PMSA et Psycho-SA pour améliorer la prescription chez le patient très âgé. HAS. Octobre 2008. 5 p
6. HAS et COLLEGE DES PROFESSIONNEL DES GERIATRES FRANCAIS. EPP Prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé. Mai 2009. 9p
Disponible sur :
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/améliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-tres-age-pmsa
7. ANAES. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Principes d'évaluation des Réseaux de Santé. Aout 1999. 139p
8. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Les réseaux de santé. Octobre 2012
Disponible sur : www.santé.gouv.fr
9. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, article 29. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324
Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
10. ALICE Martin. Suivi des recommandations faites par le RSG de Lille-Hellemmes-Lomme en 2012. Th : Méd : Université de Lille Faculté Henri Warembourg. 2013, 91 p.
11. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du % mars 2002 page 4118
Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
12. Circulaire DHOS/O2/DGS/5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.
13. Circulaire DHOS/O3/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relatives aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

14. DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Guide Méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé. Octobre 2012. 63p
15. Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique.
16. AGENCE REGIONALE DE SANTE NORD-PAS-DE-CALAIS. Bilan Gériatologique 2012 des Territoires de Santé données 2013. § Les Réseaux de Soins Gériatologiques p 85.
17. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
18. Schéma Régional d'Organisation de Soins du Nord Pas de Calais pour 2012-2016. Plan Régional de Santé : Annexe Thématique du SROS : Réseaux de Santé.
Disponible sur : <http://www.nord.gouv.fr/Publications/Santé-publique/Projet-regional-de-santé-ARS-59-62>
19. CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. Plan Alzheimer 2008-2012 ; Mesure 4 : les MAIA.
Disponible sur : www.cnsa.fr
20. ARS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'activité 2012 : suivi des réseaux de santé. RSG Lille-Hellemmes-Lomme
Disponible sur www.ars.nordpasdecalais.sante.fr
21. Base de données des médicaments. Recommandation ANAES n°1 Sujet âgé et Psychotropes. Sept 2012. 3 p
22. AFSSAPS. Mise au point : prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005
23. GALLOIS, VALLEE, LENOC. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Société française de documentation et de recherche en médecine générale. 2006 : 402-403.
24. LEGER S., BEDOUCH P., ALLENET B., CALOP J. Service Pharmacie CHU Grenoble. Culture Pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. Journal de Pharmacie Clinique. Information et dispensation. Vol 20. Numéro 2, 110-3, Juin 2001.
25. ANSM. Liste des substances classées comme psychotropes en France. Arrêté du 22 février 1990 mis à jour le 23.08.2012
Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4f30a4c03824bb665e70e6581bf79d66.pdf
26. PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE. Guide d'information Les Médicaments Psychotropes. Edition 2008. Chapitre 3 § 3 p 16-24
27. HAS. Liste des médicaments réévalués et SMR attribué. (les vasodilatateurs cérébraux)

Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandation_de_la_has_3e_vague_de_reevaluation_pdf_anexe_2.pdf

28. VIDAL. La base de données médicamenteuse des médecins libéraux. Edition 2012.
29. BEERS MH, OUSLANDER JG, ROLLINGHER I, BROOKS J, REUBEN DB, BECK JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric medicine. Arch Intern Med 1991;151:1825–32.
30. BEERS, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Archives of Internal Medicine. 1997. 157:1531-1536.
31. FICK, COOPER, WADE, WALLER, MCCLEAN, BEERS. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults : results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med, 2003 ,163 : 2716-2724.
32. LAROCHE ML, CHARMES JP, MERLE L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. European Journal of Clinical Pharmacology 2007; 63 : 725-31.
33. LAROCHE M.-L. et AL. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne 30 (2009) 592–601.
34. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Communiqué de presse. Nov 2007.
Disponible sur : www.has-sante.fr
35. ANSM. Bon usage des antiplaquettaires. Recommandation de bonnes pratiques. Juin 2012. 119p
Disponiblesur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/62acfcdecebc351b2de91a4fe6a56e6.pdf
36. BERDOT, BERTRAND, DARTIGUES, FOURRIER, TAVERNIER, RITCHIE, ALPEROVITCH. Inappropriate medication use and risk of falls. A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC geriatric. 2009 ; 9 : 30. 10 p.
Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/30>
37. LECHEVALIER-MICHEL N., GAUTIER-BERTRAND M., ALPEROVITCH A., BERR C., BELMIN J., LEGRAIN S., SAINT JEAN O., TAVERNIER B., DARTIGUES JF., FOURRIER-RÉGLAT A.. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population : results from the 3C Study. Eur J. Clin Pharmacol (2005) 60 : 813-819.
38. CHARANI C., LIEVEN A., LUEZ JM., PAPO F. PODVIN J., PUISIEUX F. TRIVIER JM., VERHEYDE I., WALRAET P., YILMAZ M. Test du Tableau « Mon Traitement » en Région Nord-Pas-de-Calais de février à juin 2012. Restitution en mai 2013. 40 pages.

39. SCHEEN A.J., PARADA A. GIET D. Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. Rev Med Liège 2006 ; 61 : 5-6 : 488-493.
40. OUDJHANI, HAMADACHE, NADAÏ, VAYSSIÈRE. Analyse des traitements d'entrée en soins de suite et réadaptation gériatrique. Journal de Pharmacie Clinique. Octobre 2004. 23 ; 4 : 193-199.
41. VAN DER SCHUEREN T., LATTEUR V. Mieux prescrire pour la personne âgée. La Revue de la Médecine Générale. N°199, p 30-34. Janvier 2003.
42. DEROCHÉ Myriam. Evaluation qualitative et prospective. Etude du compte rendu hospitalier et des traitements de sortie des sujets âgés hospitalisés en Soins de Suite et Réadaptation. Th : Méd : Université Paris Val-de Marne : Faculté de Créteil : 2009. 57p.
43. DE MEYERE M., CHRISTIAENS T., BOGAERT M. Une polymédication inéluctable en EBM ? Minerva 2005 : (4) 8 : 115-116.
44. LANG PO., HASSO Y., BELMIN J., PAYOT I., BAEYENS JP., VOGT-FERRIER N., GALLAGHER P., O'MAHONG D., MICHEL JP. STOPP/START : adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée du sujet âgé. Canadian Journal of Public Health : juillet 2009.
45. REY Lydie. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée : analyse de prévalence à partir des prescriptions médicales de ville. Th : Pharm : Université Joseph Fourier : Faculté de Grenoble : 2012 : 91p.
46. CASTILLO-PARAMO A., PARDO-LOPO R., GOMEZ-SERRANILLOS I., et AL. Surveiller les prescriptions médicamenteuses inappropriées : les critères STOPP/START pour identifier PMI chez les personnes âgées en soins primaires. EXERCER 2013 : vol 24 ; 106 (suppl 2) : 54S-5S.
47. HAS. Plan Personnalisé de santé. Juillet 2013. 36p
Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps
48. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Le dossier médical personnel.
Disponible sur : www.dmp.gouv.fr
49. ARS. 10000ème dossier médical créés dans le Nord pas de Calais. Communiqué de presse. 13 février 2013. 1p
Disponible sur : www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr

ANNEXES

Annexe 1 : MMS.....	622
Annexe 2 : AGGIR.....	71
Annexe 3 : Mise à jour 2012 des médicaments de la liste française de Laroche des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées de 75 ans ou plus établie en 2007.....	655
Annexe 4 : Propositions de messages principaux simples et non exhaustifs adaptés à la compréhension des personnes âgées pour la surveillance et les risques de certaines classes thérapeutiques de médicaments.....	69
Annexe 5 : Outil « PMSA-RESEAUX ».....	71

Annexe 1 : MMS

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Plier-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 2 : AGGIR

Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources.

Cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Cette évaluation a lieu sur la base de plusieurs critères qui servent à déterminer le niveau de dépendance de la Personne.

Il existe 6 NIVEAUX :

GIR 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants

- ou personne en fin de vie)

GIR 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

- ou personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est encore capable de se déplacer.

GIR 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

GIR 4 : Personne n'assurant pas seule les transferts, mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement. Elle doit aussi parfois être aidée pour la toilette et l'habillage.

- Ou personne n'ayant pas de problème locomoteur, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

GIR 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Personne encore autonome pour les actes de la vie courante.

Annexe 3 : Mise à jour 2012 des médicaments de la liste française de Laroche des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées de 75 ans ou plus établie en 2007

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antalgiques</i>				
1	Indométacine par voie générale	CHRONOINDOCID, INDOCID, DOLCIDIUM Gé	Effets indésirables neuropsychiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	BUTAZOLIDINE	Effets indésirables hématologiques sévères	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et majoration du risque d'effet indésirable.	Un seul AINS
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
4	Antidépresseurs imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine >	ANAFRANIL, DEFANYL, LAROXYL, ELAVIL, LUDIOMIL, PROTHIADEN, QUITAXON, SURMONTIL, TOFRANIL	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les IRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
5	Neuroleptiques phénothiazines : chlorpromazine, fluphénazine, propérialazine, lévomépromazine, pipotiazine, cyamémazine, perphénazine	LARGACTIL, MODITEN, MODECATE, NEULEPTIL, NOZINAN, PIPORTIL, TERCIAN, TRILIFAN RETARD	Effets anticholinergiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Neuroleptiques non phénothiazines avec une activité anticholinergique moindre (clozapine, rispéridone, olanzapine, amisulpride), meprobamate

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acéprométazine en association, alimémazine	DONORMYL, LIDENE, NOCTRAN, MEPRONIZINE, THERALENE	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques 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
7	Anti-histaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carbinoxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine-bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	PHENERGAN, PRIMALAN, QUITADRILL, THERALENE, SIROP TEYSSÉDRE, ALLERGEFON, ATARAX, DIMEGAN, POLARAMINE, CELESTAMINE, PERIACTINE, APHILAN	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutynine, tolterodine, solifénacine	DITROPAN, DRIPTANE, DETRUSITOL, VESICARE	Effets anticholinergiques, doivent être évités dans la mesure du possible	Trospium ou autres médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
<i>Anxiolytiques, Hypnotiques</i>				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (é. 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlordiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépatate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépatate, clorazépatate-acépromazine, acéprométazine, 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

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antihi</i>				
<i>vertenseurs</i>				
11	Anti-hypertenseurs à action centrale : méthildopa, clonidine, moxonidine, niménidine, guanfacine	ALDOMET, CATAPRESSAN, PHYSICIENS, HYPERIUM, ESTULIC	Personnes âgées plus sensibles à ces médicaments : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope	Autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et réserpine
12	Inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine	ADALATE, LOXEN 20 mg	Hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral	Autres anti-hypertenseurs, sauf anti-hypertenseurs à action centrale et réserpine
13	Réserpine	TENSIONORME	somnolence, syndrome dépressif et trouble digestif	Tous autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et anti-hypertenseurs à action centrale
<i>Antiarythmiques</i>				
14	Digoxine > 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique > 1,2 ng/ml		Personnes âgées plus sensibles à l'action de la digoxine. Il est plus juste de considérer une dose de digoxine qui conduirait à une concentration plasmatique supérieure à 1,2 ng/ml comme inappropriée ; à défaut de cette information, la dose moyenne de 0,125 mg/jour est recommandée pour minimiser le risque d'effet indésirable	Digoxine < 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique entre 0,5 et 1,2 ng/ml
15	Disopyramide	ISORYTHM, RYTHMODAN	insuffisances cardiaques et effet anticholinergique	Amiodarone, autres anti-arythmiques

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
16	Ticlopidine	TICLID	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
17	Cimétidine	TAGAMET, STOMEDINE	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap...	CONTALAX, DULCOLAX, PREPACOL, JAMYLENE, FRUCTINES,...	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques
<i>Hypoglycém/anfs</i>				
19	Sulfamides hypoglycémiantes à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	GLUCIDORAL, OZIDIA LP	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémiantes à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
<i>Autres relaxants musculaires</i>				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	LUMIRELAX, BACLOFENE, LIORESAL, MYOLASTAN, PANOS, MEGAVIX	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>En fonction de la situation clinique</i>				
21	En cas d'hypertrophie de la prostate, de rétention urinaire chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques jointes 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de rétention urinaire aiguë	
22	En cas de glaucome par fermeture de l'angle : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de glaucome aigu	
23	En cas d'incontinence urinaire : alpha-bloquants à visée cardiologique : urapidil, prazosine	EUPRESSYL, MEDIATENSYL, MINIPRESS, ALPRESS	Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique	
24	En cas de démence : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), antiparkinsoniens anticholinergiques (trihexyphénidyle, tropatépine, bipéridène), neuroleptiques sauf olanzapine et risperidone, benzodiazépines et apparentés		Aggravation de l'état cognitif du malade	
25	En cas de constipation chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), anti-hypertenseurs centraux (critère 11)		Risque d'occlusion intestinale, d'hypotension orthostatique avec certains d'entre eux	

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Anxiolytiques, Hypnotiques</i>				
27	Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam>3 mg/j, oxazépam>60 mg/j, alprazolam>2 mg/j, triazolam>0,25 mg/j, témozépam>15 mg/j, clotiazépam>5 mg/j, loprazolam>0,5 mg/j, lormétazépam>0,5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zopiclone> 3,75 mg/j	TEMESTA>3 mg/j, EQUITAM >3 mg/j, SERESTA>60 mg/j, XANAX>2 mg/j, HALCION>0,25 mg/j, NORMISON>15mg/j, VERATRAN>5 mg/j, IHAVLANE>0,5 mg/j, NOCTAMIDE>0,5 mg/j, STILNOX> 5 mg/j, IVADAL> 5 mg/j, IMOVANE> 3,75 mg/j	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demi-dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à la dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
28	Méprobamate	KAOLOGEAIS	Somnolence, confusion	
29	Antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques : tiémonium, scopolamine, clidinium bromure-chlordiazépoxide, dihexyvérine, belladone en association, diphénoxylate-atropine	VISCERALGINE, SCOPODERM, SCOBUREN, LIBRAX, SPASMODEX, GELUMALINE, SUPPOMALINE, DIARSED	Pas d'efficacité clairement démontrée, des effets indésirables anticholinergiques	Phloroglucinol, mébévérine

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Autres médicaments aux propriétés anti-cholinergiques</i>				
30	Anti-nauséeux, anti-rhinite, anti-tussif, anti-vertigineux ayant des propriétés anti-cholinergiques : buclizine, diméthylhydrate, diphényldramine, métopimazine, alizapride, méclozine, piméthixène, prométhazine, oxométhane, phéniramine, diphényldramine en association, triprolidine en association, chlorphénamine...	APHILAN, DRAMAMINE, MERCALM, NAUSICALM, NAUTAMINE, VOGALENE, VOGALIB, PLITICAN, AGYRAX, CALMIXENE, RHINATHIOL, PROMETHAZINE, FLUISEDAL, TRANSMER, TUSSISEDAL, TOPLEXIL, FERVEX, ACTI FED jour et nuit, ACTIFED RHUME, HUMEX RHUME, RHINOFEBRAL,...	Pas d'efficacité clairement démontrée syndromes anticholinergiques, confusions et sédation	- pour les rhinites : abstention, sérum physiologique, - pour les nausées : dompéridone - pour les vertiges : bêta-histine, acétyl-leucine - pour les toux : antitussifs non opiacés, non antihistaminiques (olbutinol, oléxadine)
	..			
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
31	Dipyridamole	ASASANTINE, CLERIDIUM, PERSANTINE, CORONARINE, PROTANGIX	Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique	Antiagrégants plaquettaire sauf ticlopidine

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Antimicrobien</i>				
32	Nitrofurantoïne	FURADANTINE, FURADOINE, MICRODOINE	Traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée, peut être à l'origine d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. En cas d'emploi prolongé, apparition de résistances	Antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme
<i>Associations médicamenteuses</i>				
33	Association de deux ou plus de deux psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique : 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés ; 2 ou plus de 2 neuroleptiques ; 2 ou plus de deux antidépresseurs		Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables	Pas d'association
34	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques avec des anticholinestérasiques	*	Association non logique puisqu'elle conduit à donner conjointement un médicament bloquant les récepteurs muscariniques et un médicament qui élève le taux d'acétylcholine au niveau synaptique. Existence d'effets anticholinergiques, diminution de l'efficacité des anticholinestérasiques	Pas d'association

Annexe 4 : Propositions de messages principaux simples et non exhaustifs adaptés à la compréhension des personnes âgées pour la surveillance et les risques de certaines classes thérapeutiques de médicaments

Document validé par le Conseil scientifique de l'OMEDIT Nord Pas de Calais édité le 26/06/2013

Le choix du message par le médecin est à adapter en fonction du patient. Il constitue une base de discussion explication.

Diurétiques, Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine (IEC) et Antagonistes du Récepteur de l'Angiotensine II (ARA II)

- Ne jamais prendre d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, y compris ibuprofène - Arrêter le traitement en cas de diarrhée, canicule, déshydratation et prévenir votre médecin.
- Surveiller régulièrement votre poids. (Le médecin traitant explique pourquoi) - Signaler l'apparition de crampe ou de confusion.

Anti-hypertenseurs

- En cas de chute, malaise, vertige : prendre votre tension si vous disposez d'un appareil et appeler votre médecin.

Anti-arythmiques

Sous cordarone :

- Attention à l'exposition au soleil.
- En cas de malaise ou vertige, prendre votre pouls. - Faire un bilan thyroïdien.

Sous digoxine

- En cas de déshydratation, arrêter la prise du médicament et appeler votre médecin. - En cas de malaise ou vertige, prendre votre pouls.
- Faire une surveillance biologique de la fonction rénale.

Message général pour tout traitement médicamenteux :

- Toute chute doit être signalée au médecin traitant.
- Tout arrêt de médicament doit être signalé au médecin traitant.
- Pas d'automédication sans avis médical y compris pour les médicaments en vente libre en officine, ou présents dans la pharmacie familiale ou de prescriptions antérieures tels que anti-inflammatoires ou antalgiques (ex : Ibuprofène, Aspirine ...)
- Rappeler l'importance de l'observance, du respect de la posologie et de l'heure d'administration.

Anti-vitamine K (AVK)

- Pas de Daktarin®, gel buccal.
- En cas de saignement, arrêter la prise du médicament et appeler votre médecin.
- Faire un suivi régulier de l'INR.
- Vous devez connaître votre INR Cible.
- Vous devez tenir à jour votre carnet d'information et de suivi des AVK (accessible sur le site internet de l'ANSM).

Anti-agrégants plaquettaires

- Signaler à votre médecin les brûlures ou saignements d'estomac. -Ne jamais prendre ce médicament avec un anti-inflammatoire non stéroïdien y compris de l'ibuprofène

Hypoglycémiant

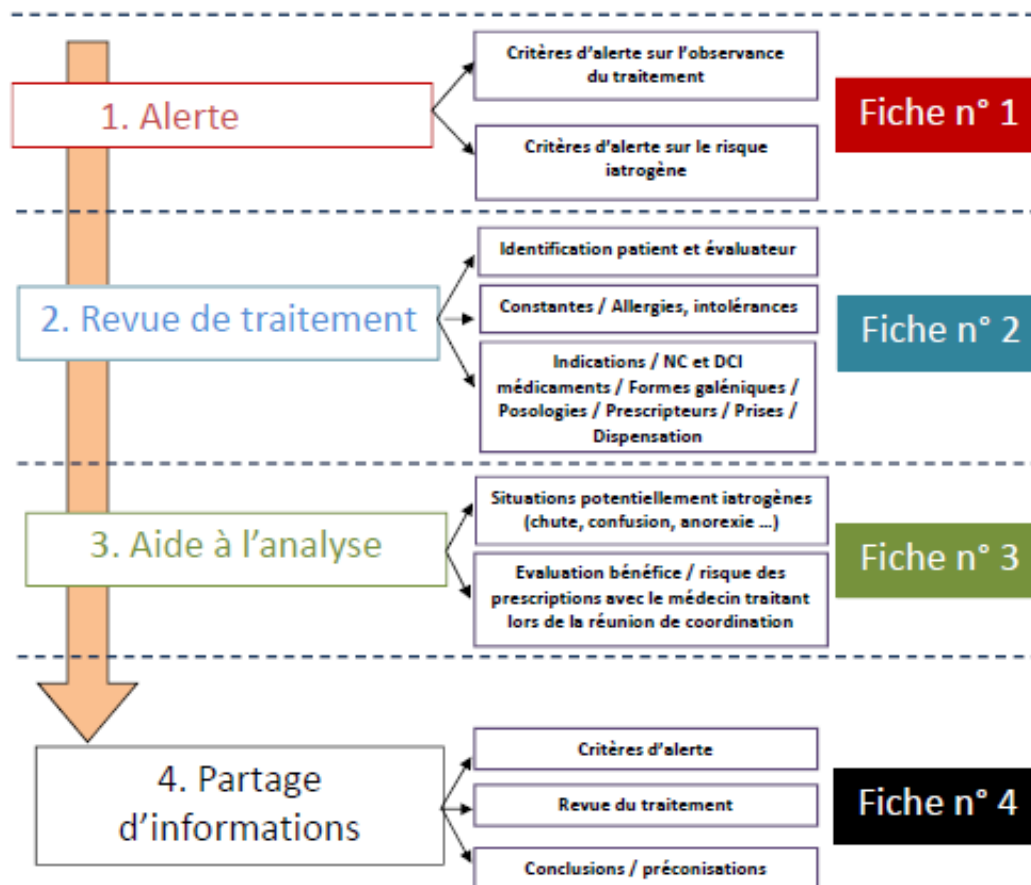
- Sous metformine : arrêter le traitement en cas d'examen radiologique ou de diarrhée ou de canicule. Prévenir votre médecin.
- Surveiller votre poids.
- Avoir 3 morceaux de sucre sur soi.
- Savoir reconnaître les signes d'hypoglycémie : sueurs, tremblements, fringales.
- Faire un suivi biologique régulier de la fonction rénale et de l'hémoglobine glyquée.

Psychotropes

- Risque de chutes, somnolences et troubles confusionnels.
- Ne pas prendre de psychotropes en particulier un anxiolytique ou un hypnotique de façon prolongée.
- « Essayer de s'en passer ».

Annexe 5 : Outil « PMSA-RESEAUX »

Démarche proposée par l'outil « PMSA – Réseaux » :



Logigramme d'utilisation des fiches de l'outil :

Schéma 1 : équipe opérationnelle non médicalisée :

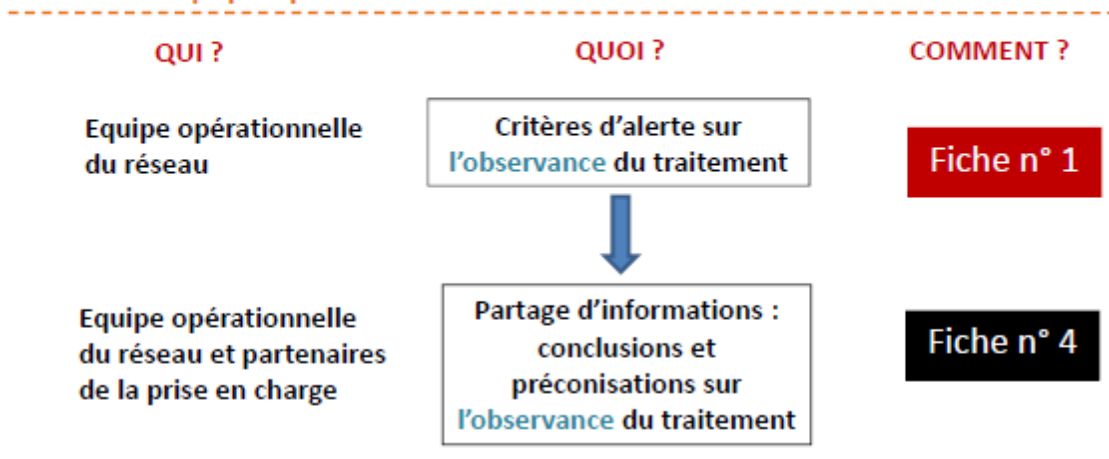
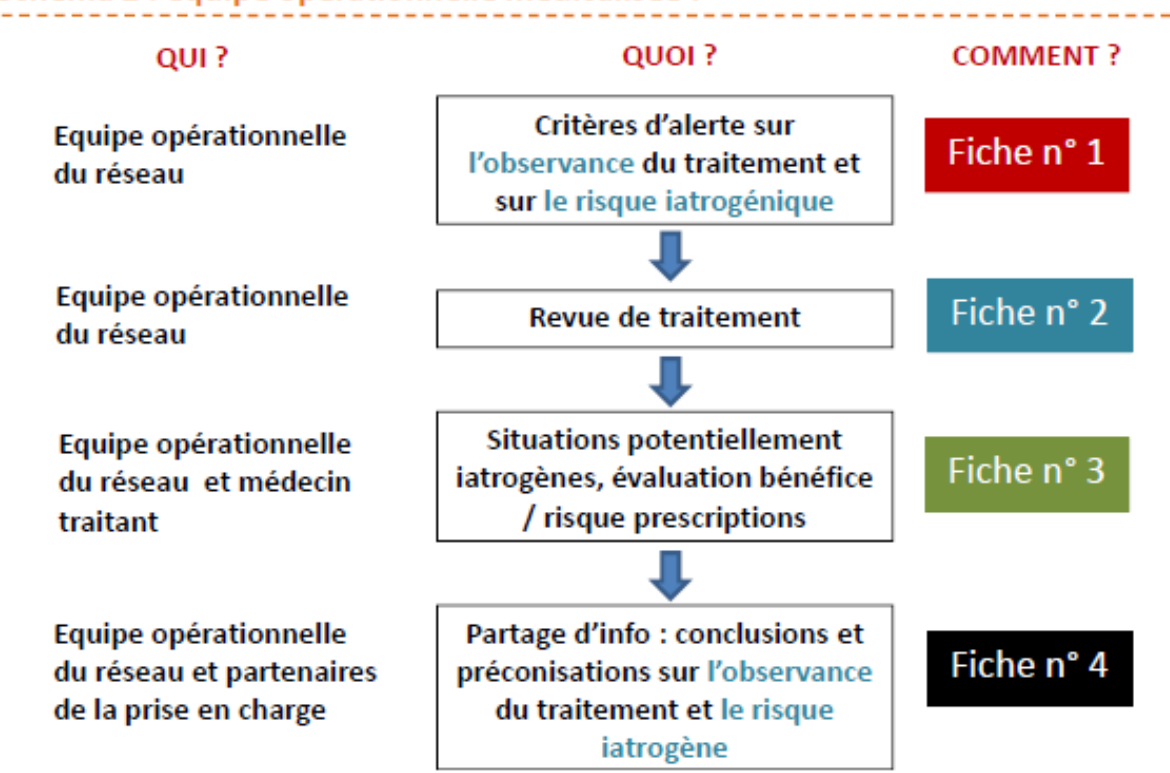


Schéma 2 : équipe opérationnelle médicalisée :



> **Objectifs et principe de la fiche** : identifier, lors de l'EGS et de l'enquête d'environnement, l'ensemble des facteurs listés ci-dessous constituant les critères d'alerte sur la PMSA lorsqu'ils sont retrouvés.

Les critères d'alerte sont classés en 2 catégories distinctes :

- Ceux prédictifs d'un trouble de l'observance et nécessitant par la suite la mise en place de mesures correctives pour notamment l'aide à l'administration du traitement ;
- Ceux prédictifs d'un risque iatrogène et nécessitant par la suite que le réseau installe une concertation avec les médecins prescripteurs.

Selon les compétences et les ressources professionnelles du réseau pouvant être mobilisées lors de l'EGS, il pourra être relevé à minima les critères d'alerte d'un trouble de l'observance.

> **Items à remplir :**

IDENTIFICATION	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____
	Date d'évaluation : _____ Evalueur (nom et fonction) : _____ Médecin traitant : _____

CRITERES D'ALERTE	
CRITERES D'ALERTE PREDICTIFS D'UN TROUBLE DE L'OBSERVANCE (EN ROUGE : CRITERES MAJEURS - EN VERT : CRITERES MINEURS)	CRITERES D'ALERTE PREDICTIFS D'EFFETS NEGATIFS LIES AUX MEDICAMENTS (EN ROUGE : CRITERES MAJEURS - EN VERT : CRITERES MINEURS)
Refus du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise de médicaments « cibles »* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence de médicaments périmés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Situations à risque* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stock de médicaments non proportionné à la prescription <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte de poids non justifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecart médicaments prescrits / pris <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise d'au moins 6 médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mésusage de l'alcool <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Polypathologie complexe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plusieurs génériques pour une DCI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IADL altérés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chute dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles visuels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comportement inhabituel / bizarre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles cognitifs (ex: MMS < 25) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prescription ressentie comme inadaptée par le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incapacités physiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Modification récente du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Isolement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Existence de plusieurs ordonnances différentes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sortie d'hospitalisation récente <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précarité financière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pas d'aide humaine à l'administration du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

* Cf. fiche n° 3 « AIDE A L'ANALYSE »

Total niveau d'alerte observance : ____ / 14

Total niveau d'alerte ordonnance : ____ / 11



> **Objectifs et principe de la fiche** : établir précisément un bilan des prises médicamenteuses du patient (Nom Commercial et Dénomination Commune Internationale des médicaments, formes galéniques, posologies, horaires de prises) au regard des prescriptions établies existantes (ordonnances, précautions particulières). L'évaluateur réalise la revue du traitement à partir de l'interview du patient, de l'observation des médicaments présents à domicile et du recueil des ordonnances disponibles.

➔ *Bénéfice du furetage au domicile par le réseau.*

Médecin traitant prescripteur _____ Tel : _____

Initiateur de la fiche _____

MON TRAITEMENT

Date : _____ NOM : _____ PRENOM : _____
 MMS : _____ POIDS : _____ Albuminémie : _____
 Clairance créatinine : _____ Allergies médicamenteuses : _____
 Qui prépare les médicaments ? _____ Qui donne les médicaments ? _____

Indication	MEDICAMENTS		Forme Galénique Comprimés, gélules, gouttes, patch	Posologie et horaires de prise				Précautions particulières
	Nom générique (Nom commercial)			8H	12H	18H	coucher	

> **Objectifs et principe de la fiche** : répertorier, à l'issue de la revue de traitement, les facteurs susceptibles de produire un accident iatrogénique qu'ils soient induits par la nature des médicaments pris, par l'association de médicaments pris au regard de l'état clinique du patient ou par la forme galénique des médicaments pris.

➔ Comment éviter une situation de crise dont la réponse sera « le réflexe iatrogénique » (cf. mémo de l'HAS sur le réflexe iatrogénique, [sur ce lien](#)).

> **Items à remplir** :

AIDE A L'ANALYSE

> **Situations potentiellement iatrogènes** (chute, confusion, anorexie, etc.) :

o **Dues aux médicaments** (prise de médicaments-cibles) :

- Psychotropes (Benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs)
- Anti-HTA, association d'anti-HTA
- Vasodilatateur cérébral
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Anti-Vitamines K
- Association anticholinergique + Anticholinestérasique
- Association diurétique + neuroleptique
- Association anti-Vitamines K + antibiotiques
- Associations de médicaments contre-indiqués
- Traitements antidiabétiques

o **Dues à des événements dangereux** (situations à risque) :

- Infection (+/- déshydratation, +/- diurétique, +/- psychotropes, etc.)
- Troubles de la déglutition et / ou mauvais état buccodentaire (revoir galéniques des médicaments)
- Événements climatiques extrêmes (canicule, grand froid)
- Dénutrition, déshydratation
- Insuffisance rénale, hépatique
- Chutes, confusion
- Mésusage de l'alcool
(Seuils OMS : + de 21 verres / semaine pour l'homme, + de 14 verres / semaine pour la femme)
- Décompensation d'une pathologie chronique
- Hypotension orthostatique
- Bradycardie
- Troubles ioniques (kaliémie, natrémie, etc.)
- Automédication
- Rupture sociale (ex : veuvage récent), stress psychologique

> **Evaluation du bénéfice /risque des prescriptions avec le médecin traitant lors de la réunion de coordination** :



> Objectifs et principe de la fiche : synthétiser les informations collectées à partir des fiches 1 à 3 et formuler des préconisations qui permettront d'organiser l'information à partager avec l'ensemble des partenaires acteurs de la prise en charge : médecin traitant, établissements de santé, entourage et patient lui-même.

> Items à remplir :

INFORMATIONS A PARTAGER

ALERTES	PRECONISATIONS

AUTEUR : CROCFER Amandine

Date de Soutenance : 19 juin 2014

Titre de la Thèse : L'outil Mon traitement pour améliorer l'observance médicamenteuse de la personne âgée : évaluation des pratiques du Réseau de Soins Gériatriques de Lille Hellemmes Lomme.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Réseau de soins gériatriques, personnes âgées fragiles, observance, prescription, domicile, outils PMSA.

Résumé :

La prescription médicamenteuse chez la personne âgée est un enjeu de santé publique. La polymédication liée à la polyopathie est le premier facteur de risque de la iatrogénie médicamenteuse, qui est responsable de plus de 10% des hospitalisations du sujet âgé. Le mésusage des médicaments et le manque d'adhésion au traitement peuvent favoriser la survenue d'effets indésirables. Ils sont fréquents et graves chez la personne âgée mais sont en grande partie évitables.

Afin d'améliorer l'observance des personnes âgées fragiles prises en charge par le RSG de Lille Hellemmes Lomme, un outil de présentation du traitement médicamenteux a été mis au point en partenariat avec un groupe de médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Cet outil « Mon Traitement » récapitule la liste des médicaments ainsi que les données utiles à une prescription optimisée. Il est envoyé avec le courrier du RSG au médecin traitant qui, après validation, le remet au patient ou à son aidant au domicile pour la préparation et l'administration des médicaments. L'étude a pour objectif principal d'analyser la revue d'ordonnance faite par le RSG et secondairement d'évaluer la qualité de remplissage et d'établir un profil sociodémographique des patients pris en charge par le RSG.

En deux ans, 244 outils « Mon Traitement » ont été complétés par les gériatres du RSG et adressés aux médecins traitants. Il apparaît que 72% des patients sont polymédiqués, dont 37% de médicaments prescrits inadaptés ; 98% présentent des facteurs de mauvaise observance. La population prise en charge par le RSG est représentative des patients fragiles, à risque d'effets iatrogènes médicamenteux. 57,8% des ordonnances contiennent une prescription de psychotropes (de 10,6% avec plus de 2 psychotropes). Après la revue d'ordonnance, on observe une baisse de prescription de 12% de médicaments inappropriés et de 2% de psychotropes. 63,5% des fiches sont considérées suffisamment remplies avec l'ensemble des données utiles.

Cette étude révèle aussi que la démarche est difficile à poursuivre au long cours : le temps de remplissage est important, l'outil sous forme papier ne permet pas de mises à jour régulières et les fiches sont rarement retrouvées au domicile. Un logiciel informatisé intégrant l'outil est en cours de développement pour optimiser le partage d'informations entre les intervenants.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur LEFEBVRE

Monsieur le Professeur ODOU

Directrice de thèse : Madame le Docteur DELECLUSE-FONTAINE