



REPRÉSENTATION DU MÉDICAMENT

L'appréhender pour mieux soigner

Pr. Frédéric Lagarce, CHU Angers, Faculté de Santé, Université Angers



INTRODUCTION

- Le médicament n'est pas un objet comme un autre
- Sentiments d'espoir, parfois de craintes
- Histoire du médicament // histoire de l'humanité
- Effets contextuels
- Représentation chez les patients et chez les professionnels de santé
- Comprendre la représentation pour
 - Mieux prendre en charge
 - Eduquer les patients
 - Limiter la toxicité

UN PEU D'HISTOIRE

- Le médicament aux origines de l'homme
- Le médicament des apothicaireries
 - Remèdes secrets
 - « atmosphère magique »
- Le médicament enfin défini : Loi du 11 sep 1941
 - Notion de spécialité pharmaceutique
 - Composition
 - Indications



DÉFINITION ACTUELLE DU MÉDICAMENT

- Article L 5111-1 du CSP
- substance ou composition **présentée comme** possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, [...] pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.
- AMM
- Directive 2001/83/EC

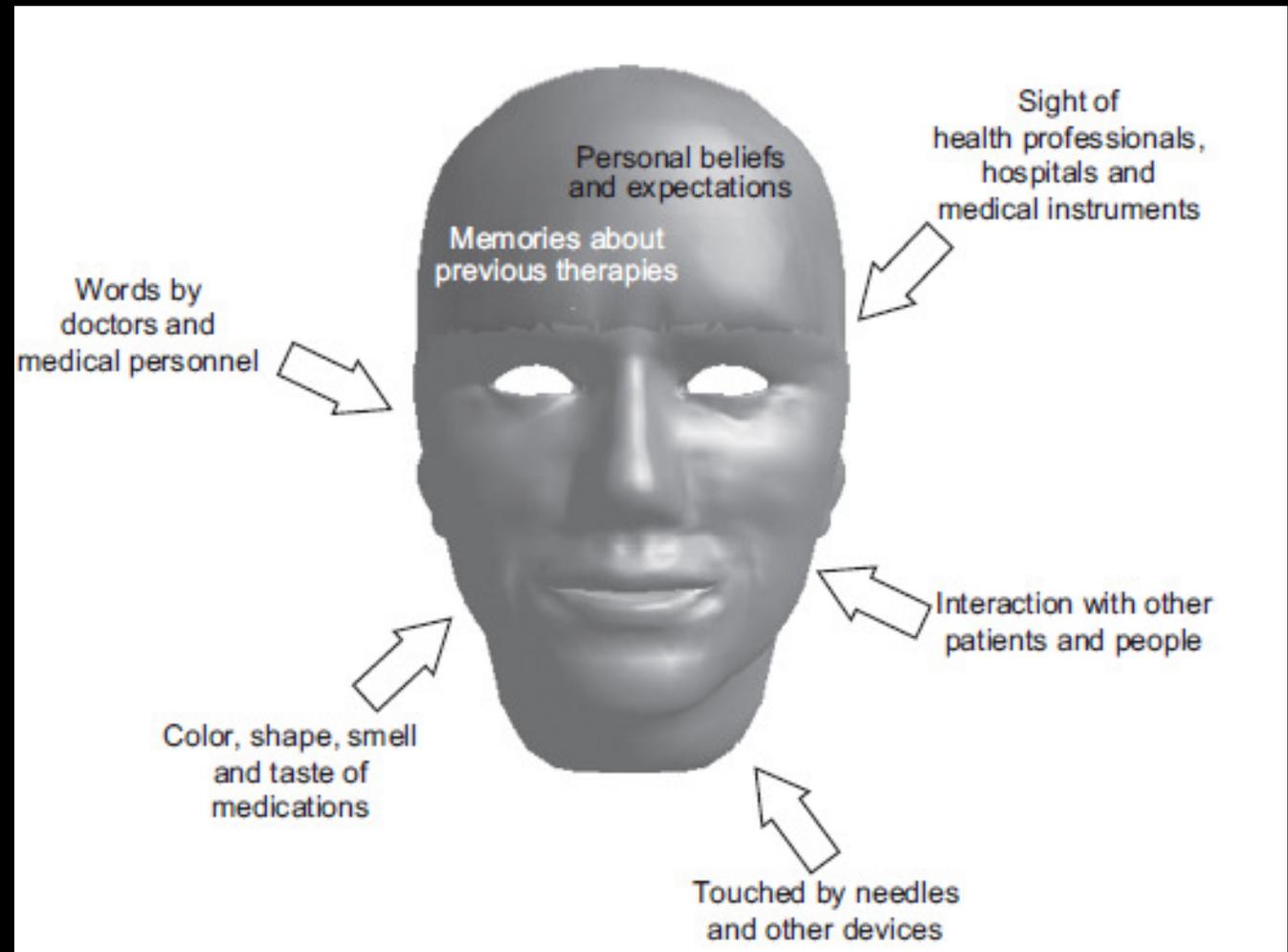
EFFETS CONTEXTUELS

- Effet Placebo/nocebo
- Plusieurs définitions
 - Def Pharmaco : effet thérapeutique global moins l'effet pharmacodynamique (Pichot1987)
 - Def psycho : Modification de l'organisme qui apparaît suite à une symbolique que l'on attribue à un événement ou un objet dans l'environnement des soins (Brody1980)
- Les effets contextuels sont liés à l'environnement du patients, la relation avec le médecin, sa représentation du médicament
- Il n'existe pas un mais des effets placebo/nocebo

FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFET PLACEBO

- Attentes du patient et du médecin (expectancy)
- Importance donnée à la situation (meaning)
- Espoir de guérison (hope)
- Conviction, croyance (faith)
- Confiance (belief)
- L'importance de l'effet placebo dépend de l'attitude du patient envers le soignant (Beecher, Jama, 1955) et de celle du médecin envers son patient : relation positive patient/soignant
- Les attentes des patients par rapport au traitement médical constituent aujourd'hui un champ de recherche à part entière (Laferton, Front in Psy,8, 2017)
- La représentation du médicament influence les variations (différences individuelles) de l'effet placebo (Watkinson, J of Pain,8, 2017)

CONTEXTE PSYCHO SOCIAL



CAUSES DE L'AMÉLIORATION SOUS PLACEBO

- Phénomènes biologiques induits par le psychisme (effet placebo)
 - Histoire naturelle de la maladie
 - Retour vers la moyenne des situations cliniques extrêmes
 - Biais d'expérimentation clinique
-
- Toute amélioration sous placebo n'est donc pas forcément due à l'effet placebo



PUISSANCE DE L'EFFET PLACEBO

- Jusqu'à 90% dans certaines pathologies
 - Modifications physiologiques observables – Effet antagonisable
 - Puissance parfois déroutante : Douleur WWII, Parkinson etc.
-
- La représentation du médicament conditionne donc une partie de ses effets

REPRESENTATION ET OBSERVANCE

- Une mauvaise représentation du mdt est lié à une inobservance
- Health Belief Model (Rosenstock 1974)
- Théorie des comportement planifiés (Azjen 1985)
- Observance ou inobservance intentionnelle par décision rationnelle
 - « Cela aura des conséquences néfaste si j'arrête mon traitement »
 - « Mon traitement va générer des effets toxiques »
 - « Mon traitement va être inefficace »
 - Rapport perçu coût pour le patient/efficacité pour éliminer la maladie
- La représentation de la maladie a aussi un rôle
- Réputation de la classe médicamenteuse

MESURER/EVALUER LA REPRÉSENTATION DU MÉDICAMENT

- Le questionnaire BMQ développé par Horne, Weinman et Hankins, UK, Psy and Health, 1999
- 524 patients répartis en 6 groupes avec pathologies chroniques comprenant des désordres psychiatriques
- 34 affirmations sélectionnés avec la littérature
- Echelle à 5 degrés 1- Pas du tout d'accord à 5- Tout à fait d'accord (3 coté comme incertain)
- Analyse en composante principale (PCA)
- Deux thèmes principaux ressortent
 - Nécessité spécifique par ex « je dois prendre le mdt pour ma santé »
 - Préoccupations sur le traitement d'ordre émotionnel ou cognitif
- Il existe des versions de ce questionnaire adapté à des pays/cultures, des types de patients, des pathologies

Statements about prescribed medication (Specific)

It is difficult for me to take my medicines in exactly the way my doctor told me
 My medicines disrupt my life
 Having to take medicines worries me
 I sometimes worry about becoming too dependent on my medicines
 My medicines are a mystery to me
 I sometimes worry about the long-term effects of my medicines
 My medicines are powerful
 I would like to change my present treatment
 My life would be impossible without my medicines
 My health in the future will depend on my medicines
 I can cope without my medicines
 Without my medicines I would be very ill
 I am in control of my medication
 My medicines protect me from becoming worse
 My medicines are effective
 My health, at present, depends on my medicines

2.69 0.75
 2.51 0.92
 2.79 1.07
 2.62 1.10
 3.00 0.98
 3.11 1.15
 3.33 0.77
 3.44 1.01
 4.51 0.93
 3.63 0.92
 3.62 0.96
 3.66 0.88
 3.73 0.85
 3.91 0.71
 3.94 0.86
 4.03 0.73

Psychology and Health, 1999, Vol. 14, pp. 1-24
 Reprints available directly from the Publisher
 Photocopying permitted by license only

© 1999 OPA (Overseas Publishers Association) N.V.
 Published by license under
 the Harwood Academic Publishers imprint,
 part of The Gordon and Breach Publishing Group,
 Printed in Malaysia.

THE BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE: THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A NEW METHOD FOR ASSESSING THE COGNITIVE REPRESENTATION OF MEDICATION

ROBERT HORNE^{1*}, JOHN WEINMAN² and MATTHEW HANKINS¹

¹Department of Pharmacy, University of Brighton,
 Lewes Road, Brighton BN2 4GJ, UK

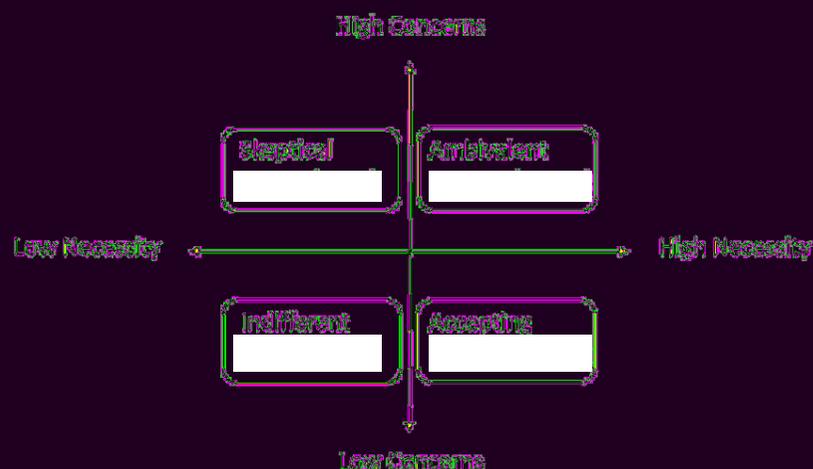
²Unit of Psychology, United Medical and Dental Schools of Guy's and
 St Thomas's Hospitals, London SE1 9RT, UK

³Department of Pharmacy, University of Brighton and Division of Psychiatry,
 United Medical and Dental Schools of Guy's and St Thomas's Hospitals,
 London SE1 9RT, UK

Statements about medicines in general (General)

Without medicines doctors would be less able to care people
 Newer medicines are more effective than older ones
 Most medicines are addictive
 People who take medicines should stop their treatment for
 a while every now and again
 Medicines only work if they are taken regularly
 Medicines do more harm than good
 Medicines are not natural remedies
 All medicines are poisons
 It is better to do without medicines
 Natural remedies are safer than medicines
 Stronger medicines are more dangerous than weaker medicines
 Medicines are a necessary evil
 Doctors place too much trust in medicines
 If doctors had more time with patients they would prescribe fewer medicines
 There is a big difference between a medicine and a drug
 The medicine you get is more important than the doctor you see
 Doctors use too many medicines
 Most medicines are safe

3.13 1.34
 3.37 0.84
 2.73 0.89
 2.54 0.91
 3.75 0.80
 3.24 0.85
 3.13 0.92
 3.24 0.97
 2.61 1.08
 2.88 0.91
 3.24 0.90
 3.06 1.10
 2.90 0.93
 3.17 0.98
 3.24 0.88
 2.87 1.14
 2.84 0.91
 2.72 0.92



REPRÉSENTATION ET OBSERVANCE

Table 3.
Study Participant Scores on the Beliefs about Medicine Questionnaire by Adherence Level^a

Item on Questionnaire	Mean ± S.D. Score by Adherence Level		Wilcoxon z Score	p ^b
	High	Low		
General items				
My current health depends on my medicines	2.0 ± 1.1	2.0 ± 1.1	-0.26	0.79
Having to take medicines worries me	2.6 ± 1.1	3.0 ± 1.4	-2.76	0.005
My life would be impossible without my medicines	2.8 ± 1.3	2.7 ± 1.3	0.24	0.80
I sometimes worry about the long-term effects of my medicines	3.0 ± 1.3	3.6 ± 1.3	-3.35	<0.001
Without my medicines, I would be very sick	2.4 ± 1.2	2.3 ± 1.2	0.79	0.43
My medicines are a mystery to me	2.3 ± 1.0	2.5 ± 1.1	-0.99	0.32
My health in the future will depend on my medicines	2.4 ± 1.2	2.3 ± 1.2	0.95	0.34
My medicines disrupt my life	2.1 ± 0.9	2.5 ± 1.2	-2.85	0.004
I sometimes worry about becoming too dependent on my medicines	2.6 ± 1.2	3.2 ± 1.3	-3.81	<0.001
My medicines protect me from becoming worse	2.0 ± 1.0	2.0 ± 0.9	-0.31	0.75
My medicines give me unpleasant side effects	2.4 ± 1.0	2.8 ± 1.1	-3.35	<0.001
Specific items				
Doctors use too many medicines	2.9 ± 1.2	3.2 ± 1.2	-1.90	0.06
People who take medicines should stop their treatment for a while every now and then	2.2 ± 1.0	2.3 ± 1.0	-0.49	0.62
Most medicines are addictive	2.7 ± 1.1	3.0 ± 1.1	-2.46	0.01
Medicines do more harm than good	2.3 ± 1.0	2.2 ± 0.8	0.06	0.23
All medicines are poisons	2.0 ± 0.9	2.0 ± 0.8	0.29	0.77
Doctors place too much trust on medicines	2.6 ± 1.1	2.9 ± 1.1	-2.39	0.02
If doctors had more time with patients they would prescribe fewer medicines	2.9 ± 1.1	3.4 ± 1.0	-3.20	0.001

^aSurvey items use a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = uncertain, 4 = agree, 5 = strongly agree).

^bp ≤ 0.05 indicates a statistically significant difference between groups.

Table 4.
Predictors of Low Medication Adherence

Variable	Unadjusted Odds Ratio (OR)		Adjusted OR	
	OR (95% CI) ^a	p	OR (95% CI)	p
Negative beliefs about medications ^b	2.20 (1.4–3.6)	0.001	2.12 (1.3–3.7)	0.006
Age of <65 yr	3.32 (1.7–6.4)	<0.001	2.51 (1.2–5.3)	0.02
Low self-efficacy ^c	4.96 (3.0–8.3)	<0.001	4.34 (2.5–7.5)	<0.001
Self-report of hyperlipidemia	0.55 (0.3–0.9)	0.02	0.56 (0.3–1.0)	0.04
Literacy level of less than high school	0.91 (0.6–1.5)	0.70	0.96 (0.6–1.7)	0.88

^aCI = confidence interval.

^bBeliefs About Medicines Questionnaire summary scores of ≥47 indicate more negative beliefs about medications.

^cSelf-efficacy scores; a SEAMS of <30.4 indicates lower levels of self-efficacy.

Relationships between beliefs about medications and adherence

MARGARET E. GATTI, KARA L. JACOBSON, JULIE A. GAZMARARIAN,
BRIAN SCHMOTZER, AND SUNIL KRIPALANI

Am J Health-Syst Pharm—Vol 66, Apr 1, 2009

REPRÉSENTATION ET ADHÉRENCE CHEZ LE SUJET AGÉ

- 567 patients
- Score d'adhérence de Morisky (MMAS-8) et BMQ

BMQ groups, % [†]	
- Skeptical (low necessity; high concerns)	1.2
- Ambivalent (high necessity; high concerns)	70.4
- Indifferent (low necessity; low concerns)	1.1
- Accepting (high necessity; low concerns)	27.3

Variables	Level of adherence *, %		p [†]
	Low (n = 263; 46.4%)	Medium (n = 304; 53.6%)	
BMQ groups [§]			
- Skeptical	1.9	0.7	.3
- Ambivalent	54.8	83.9	.020
- Indifferent	2.3	0.0	.005
- Accepting	41.1	15.5	.4

Applied Nursing Research 30 (2016) 131–136

Contents lists available at ScienceDirect

Applied Nursing Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnr

ELSEVIER

Self-reported medication adherence and beliefs among elderly in multi-treatment: a cross-sectional study

Giancarlo Cicolini, MSN, PhD ^{a,b}, Dania Comparcini, MSN, PhD ^a, Maria Elena Flacco, MD ^a, Lorenzo Capasso, MD, PhD ^a, Carlo Masucci, RN, MSN ^c, Valentina Simonetti, MSN, PhD ^{a,*}

^a Department of Medicine and Science of Aging "G. d'Annunzio" University of Chieti, 66013 Chieti Scalo, Italy
^b ASL02Abruzzo, "Health Professions Service", Chieti, Via Dei Martiri Lancianesi 17/19, 66100 Chieti Scalo, Italy
^c ASL Salerno, "Physical Therapy Unit", Salerno, Via Nizza 146, 84124 Salerno, Italy

CrossMark

REPRÉSENTATION DU MÉDICAMENT ET COMPORTEMENT

OBSERVANCE ET FONCTIONS SYMBOLIQUES DU MÉDICAMENT

Johanne Collin

Fond. Nationale de Gérontologie | « Gérontologie et société »

2002/4 vol. 25 / n° 103 | pages 141 à 159

- Etude chez la personne âgée au Canada
- 4 types de représentation qui induisent des comportements différents
 - Adhésion syst de santé et mdt, fonction métaphorique du mdt : symbole de l'expertise du médecin et sollicitude à l'égard du patient : **soumission**
 - Confiance dans le syst de santé mais défiance envers le mdt : **évitement**
 - Confiance dans mdt mais critique à l'égard du syst de santé : **automédication**
 - Critiques vis-à-vis du syst de santé et du médicament : **Pratiques alternatives**
- **Chez la personne âgée il faut avoir une analyse plus fine que observance/inobservance mais plutôt en terme d'autogestion de la médication**
- Représentation particulière sur le médicament générique
 - Generic medicines scale (Figueras, Psy, Health Med, 2009)

DIFFÉRENCES DANS LA REPRÉSENTATION DU MÉDICAMENT

- Différence observée chez les professionnels et les patients
- Etude qualitative lors d'entretiens ouverts 15 patients , 10 professionnels de santé
- Etude basée sur le vocabulaire utilisé
- Termes lexicaux propres au patient (ex: cachet)
- Impact sur la construction des programmes d'ETP chez la personne âgée

Annales Médico-Psychologiques 170 (2012) 263–268



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Représentations du médicament chez les patients âgés et chez les professionnels du médicament : intérêt pour l'éducation thérapeutique ?

Study of drug representations in elderly patients and drug professionals: Interest for therapeutic education?

F. Pasquier^{a,*}, M. Ducher^b, L. Bourguignon^b, G. Albrand^b, P. Maire^{b,c,d}

CONCLUSION

- Impact de la représentation que le patient a du médicament sur la réponse clinique et sur l'observance
- Typologie de patients en fonction des croyances et de la confiance que l'on porte au médicament
- Importance de la représentation chez le professionnel de santé
 - Pour faciliter la communication lors de l'ETP
 - Pour permettre un transfert positif vers le patient
- Champ de recherche très riche ayant des conséquences sur la prise en charge du patient
- Il n'est pas possible d'ignorer la symbolique du médicament si l'on veut promouvoir sa juste prescription et son bon usage

Les psychotropes

Difficulté de la prescription en gériatrie

Dr Jean Barré

« ce qui est simple est faux,
ce qui ne l'est pas est inutilisable »

Paul Valery

Ce que ne sera cette présentation

Le traitement idéal



Le traitement a éviter



Le gériatre

- 50 % de patients admis pour des chutes graves : il arrête les psychotropes
- 50 % de patients admis pour des troubles du comportement, dépression : il prescrit des psychotropes

Les gériatres

- Plaident pour une standardisation des évaluations
- Plaident pour une personnalisation des prises en charges

Conclusion :
Que faut il penser des gériatres ?

I

« La France championne du monde »

Taux annuel (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge et le sexe en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*, France métropolitaine (effectifs redressés).

Age	Antidépresseurs		Anxiolytiques		Hypnotiques		Neuroleptiques		Sevrage alcool ^a		Lithium		Ensemble des psychotropes	
	H ^b	F ^b	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	110 730	275 888	225 676	470 087	124 428	227 028	47 733	61 751	13 586	7 020	2 022	3 083	334 847	641 287
0-9	0,4	0,2	2,9	2,5	0,8	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	3,5
10-19	0,9	1,6	2,1	3,9	0,5	0,8	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	5,4
20-29	3,5	8,1	6,7	14,4	2,9	4,9	2,0	1,5	0,3	0,1	0,0	0,0	9,9	19,3
30-39	6,9	15,7	12,6	24,2	6,1	9,6	3,3	2,9	1,1	0,4	0,1	0,1	18,0	32,4
40-49	8,5	19,9	15,5	29,8	8,3	13,7	3,5	3,7	1,7	0,8	0,2	0,2	22,2	39,6
50-59	10,2	22,4	19,0	35,2	11,0	18,0	3,6	4,4	1,4	0,7	0,2	0,3	27,9	47,2
60-69	8,0	18,9	19,4	35,7	12,1	19,0	3,3	4,6	0,8	0,4	0,2	0,3	29,3	48,5
70-79	9,0	20,0	21,2	39,5	14,4	22,3	3,4	5,4	0,4	0,3	0,1	0,2	32,9	54,8
80 et +	10,4	20,5	20,3	35,2	15,6	22,6	5,0	8,3	0,3	0,3	0,0	0,1	34,5	53,7
Total	5,7	13,4	11,6	22,9	6,4	11,1	2,5	3,0	0,7	0,3	0,1	0,2	17,3	31,3

La moitié des femmes et 1/3 des hommes sous psychotropes après 70 ans.

1 femme sur 5 et 1 homme sur 5 sous antidépresseurs après 70 ans

- Pareil pour les hypnotiques
- La moitié moins pour les neuroleptiques
- Le double pour les benzodiazepines

Constat HAS 2006

- Psychotrope et personnes âgées :
- Trop de benzodiazépines
- Trop de neuroleptiques
- Pas assez d'antidépresseurs chez les patients vraiment dépressifs.

Les Benzodiazépines en BREF

Benzodiazépines en 2015

- la France reste le 2eme consommateur européen
- 117 millions de boîtes de vendues
- 65% de femmes
- 13,4% de la population française a consommé au moins une fois un médicament à base de benzodiazépine, principalement des anxiolytiques.
-

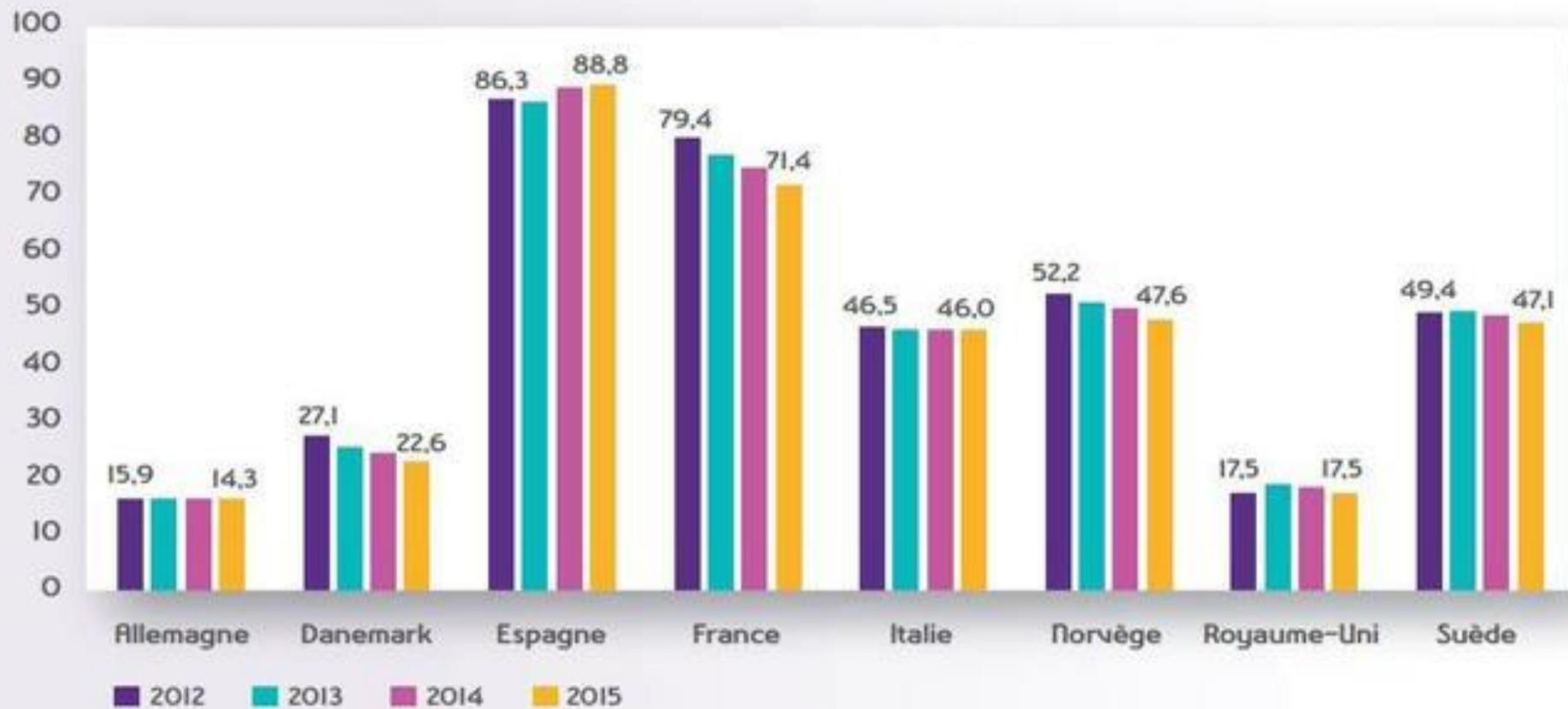
- **Apprendre a dire non au patients et aux équipes ?**
- IL m'arrive encore souvent d'échouer, ou de renoncer devant l'ampleur de la tache
- Je ne peux pas y arriver seul

Le principal inconvénient des Benzodiazépines c'est qu'elles sont efficaces.

- elles procurent un soulagement immédiat (anxiété, insomnie)
- Les patients sont psychologiquement accrochés par le soulagement que procure les Benzodiazepines.
- Par comparaisons les nombreuses alternatives utiles mais procurent un résultat moindre ou différés et sont peu prisées des patients
- C'est sur cette base que l'on peu contractualiser un discours:
 - Pour aider le patient a renoncer ou différer l'introduction du traitement
 - Contractualiser une durée limité
 - Orienter vers une alternative efficace mais moins immédiate
 - Engager un processus de deprescription...

4 fois plus de Benzodiazépine en qu'en l'Allemagne ou au UK

Figure 1 : Niveaux de consommation des benzodiazépines dans huit pays européens, en DDJ/1000 habitants/J entre 2012 et 2015



Indication du Diazepam

- **1) Urgences neuro-psychiatriques :** traitement d'urgence de l'état de mal épileptique de l'adulte et de l'enfant ;
- 2) crise d'angoisse paroxystique ;
- 3) crise d'agitation
- 4) *delirium tremens*.
- **5) Pédiatrie :** traitement d'urgence par voie rectale des crises convulsives du nourrisson et de l'enfant.
- **5) Anesthésie :** prémédication à l'endoscopie ;
- 6) induction et potentialisation de l'anesthésie.
- **7) Autre indication :** tétanos.

Indication de l'oxazepam

- 1) Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.
- 2) Prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

Aucune Benzodiazepine a demi-vie
courte ne dispose d'une AMM dans
l'agitation aigue

Faut il interdire PUB MED ?

J Clin Psychopharmacol. 2012 Feb;32(1):120-6. doi: 10.1097/JCP.0b013e31823fe4bd. A randomized, naturalistic, parallel-group study for the long-term treatment of panic disorder with clonazepam or paroxetine. Nardi AE1, Freire RC, Mochcovitch MD, Amrein R, Levitan MN, King AL, Valença AM, Veras AB, Paes F, Sardinha A, Nascimento I, de-Melo-Neto VL, Dias GP, E Silva AC, Soares-Filho GL, da Costa RT, Mezzasalma MA, de Carvalho MR, de Cerqueira AC, Hallak JE, Crippa JA, Versiani M. Author information Erratum in J Clin Psychopharmacol. 2012 Apr;32(2):206.

Etude randomisée 8 semaines, puis suivi 3 ans en ouvert 47 clonazepam (2 mg) , 37 paroxetine (40 mg)

Les deux traitements de même réduit le nombre d'attaques de panique et la gravité de l'anxiété. Les patients traités par clonazépam avaient significativement moins d'effets indésirables que ceux traités par la paroxétine (28,9% vs 70,6%, $P < 0,001$). L'efficacité du clonazépam et de la paroxétine dans le traitement du trouble panique a été maintenue à long terme. **Il y avait un avantage significatif avec le clonazépam par rapport à la paroxétine en ce qui concerne la fréquence et la nature des événements indésirables.**

Abstract This long-term extension of an 8-week randomized, naturalistic study in patients with panic disorder with or without agoraphobia compared the efficacy and safety of clonazepam ($n = 47$) and paroxetine ($n = 37$) over a 3-year total treatment duration. Target doses for all patients were 2 mg/d clonazepam and 40 mg/d paroxetine (both taken at bedtime). This study reports data from the long-term period (34 months), following the initial 8-week treatment phase. Thus, total treatment duration was 36 months. Patients with a good primary outcome during acute treatment continued monotherapy with clonazepam or paroxetine, but patients with partial primary treatment success were switched to the combination therapy. At initiation of the long-term study, the mean doses of clonazepam and paroxetine were 1.9 (SD, 0.30) and 38.4 (SD, 3.74) mg/d, respectively. These doses were maintained until month 36 (clonazepam 1.9 [SD, 0.29] mg/d and paroxetine 38.2 [SD, 3.87] mg/d). Long-term treatment with clonazepam led to a small but significantly better Clinical Global Impression (CGI)-Improvement rating than treatment with paroxetine (mean difference: CGI-Severity scale -3.48 vs -3.24, respectively, $P = 0.02$; CGI-Improvement scale 1.06 vs 1.11, respectively, $P = 0.04$). Both treatments similarly reduced the number of panic attacks and severity of anxiety. Patients treated with clonazepam had significantly fewer adverse events than those treated with paroxetine (28.9% vs 70.6%, $P < 0.001$). The efficacy of clonazepam and paroxetine for the treatment of panic disorder was maintained over the long-term course. There was a significant advantage with clonazepam over paroxetine with respect to the frequency and nature of adverse events.

Exemple : D'après cette étude, les Benzodiazepines à demi-vie longue donnent nettement moins d'effet secondaires que les ISRS dans les troubles panique pour une efficacité comparable.

Conclusion : Faut il interdire l'accès a cet article, faire comme s'il n'existait pas, ou en faire une analyse critique et démontrer que l'étude est faible qu'elle ne porte pas sur des personnes âgées, faire connaitre les études contradictoire ?

Les antipsychotiques en BREF

Les neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer

Pour 1000 personnes sous neuroleptique pendant 12 semaines, on observe :

- Amélioration du comportement chez 91 à 200 patients
- 10 décès supplémentaires;
- 18 accidents vasculaires cérébraux dont la moitié sont sévère;
- des troubles de la marche chez 58 à 94 patients.

- **Prise en charge d'une agitation aigue et contentions physique et chimique au SAU. Hopital Cochin 2011.**
- **C'est une urgence absolue.**
- **Tout retard de prise en charge majore le risque de passage a l'acte.**
- **1% des admission aux urgences**

Mesurez la vitesse de marche des patients sous neuroleptiques



- Quelle valeur du QT corrigé doit vous inquiéter ?

Auditer des prescriptions anticipées

danger des termes :

- « Si besoin »
- « Si agitation »

- Utiliser des termes plus précis indiquant la gravité et la dangerosité de la situation : « Agressivité physique spontanée », « état de fureur », « menace de passage à l'acte imminent »

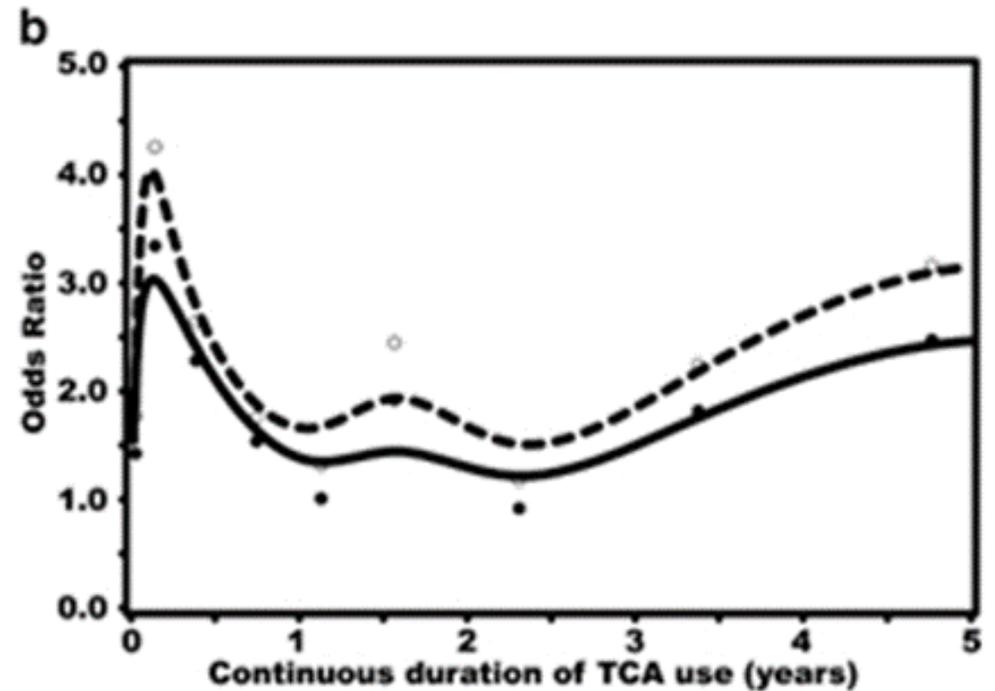
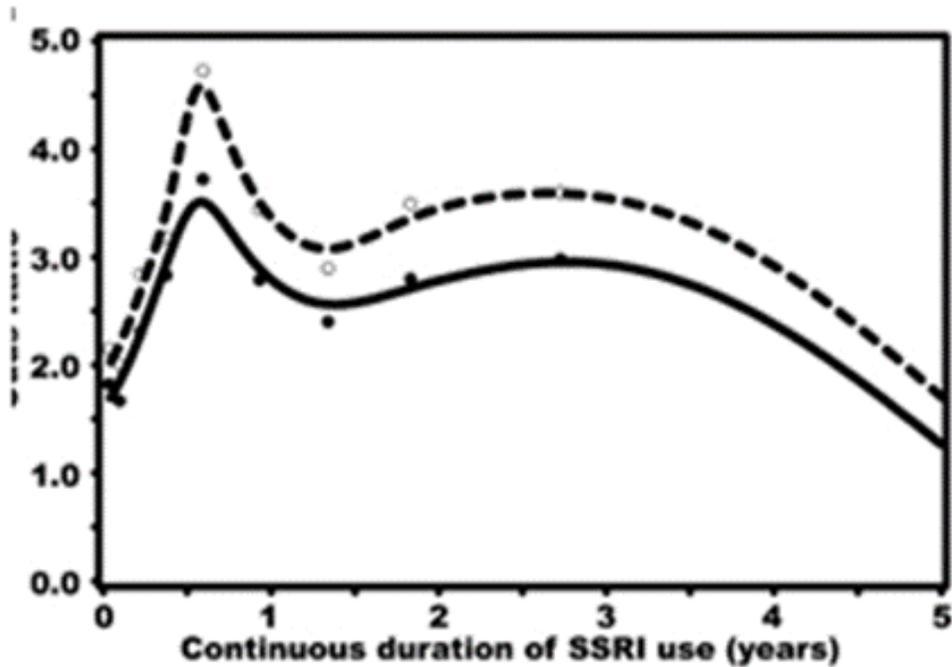
- imposer de préciser systématiquement sur une cible / les circonstances de l'utilisation : actes de violences à l'encontre d'un autre résident nécessitant l'interposition d'un soignant. Coups reçus par un soignant responsable d'une déclaration d'accident de travail etc ..

- 1) Permet d'éviter. La banalisation des prescriptions
- 2) Permet de clarifier l'intention du prescripteur
- 3) Protège sur le plan médico-légal

Les antidépresseurs en très BREF

1 femme sur 5 et 1 homme sur 5 sous antidépresseurs après 70 ans

Personnes âgées restent les plus exposés au suicide



Risque de fracture du col fémoral a gauche sous ISRS à droite sous tricyclique

Toutes les études actuellement publiées évaluant le risque de fracture du col du fémur chez les personnes âgées, montrent un risque légèrement plus élevé de fracture sous ISRS versus Tricyclique.

- Les patients atteints de maladie d'Alzheimer chutent 6 fois plus
- Les patients atteints de maladie d'Alzheimer sont 6 fois plus sous antidépresseurs.

Aucune prescription de psychotropes n'est anodine.

II) Pression de simplification

Cas clinique 1

- Histoire de la maladie :
 - « patient hospitalisée pour une confusion mentale, risque suicidaire, agressivité,
 - Antécédents :
 - Dépression
 - Trouble cognitif débutant (Atrophie cérébral majeure au scanner)
 - Pas d'alcool pas de tabac
- Evaluation Gériatrique
- MMS 19/30
 - GDS ¼

Avis psychiatrique aux urgence : « patiente de 92 ans, pas d'indication à un transfert en psychiatrique »

Conclusion : Pas d'indication à un transfert en psychiatrique , Problème de maintien a domicile, conjugopathie.

Dossier informatisé : 30 hospitalisations, compte rendus, truffés des d'informations contradictoires, extrêmement difficile de retracer l'historique des traitements.

Cas clinique 1

- Histoire de la maladie :
- « patient hospitalisée pour une confusion mentale (aucune précision), risque suicidaire,
- Antécédents :
 - Dépression (40 ans de suivi psychiatrique, dépressions avec éléments psychotiques, arrêt du suivi il y a 20 ans, le nom d'un psychiatre à la retraite) Trouble cognitif débutant, non explorés (Atrophie cérébrale majeure au scanner)(copié /collé depuis 5 ans) Atrophie cérébrale permet d'affirmer formellement que le patient est vieux. n'a pratiquement aucun intérêt sur le plan diagnostic.
 - Pas d'alcool pas de tabac (la dernière cure de sevrage a été efficace, 40 ans d'alcoolisme/encore 2 whisky par jours minimum
 - Evaluation Gériatrique
 - MMS 19/30 Rappel 2/3 BREF 4/18 EDF /4 GDS 0/4 mais le patient a beaucoup pleuré sans raison apparente, refuse de dire pourquoi, ne souhaite pas en parler

Conclusion : Pas d'indication à un transfert en psychiatrique , Problème de maintien a domicile, conjugopathie. (avis du spécialiste ressemble plus à une Régulation qu'à un avis ou Proposition de prise en charge. Vocabulaire « tombent à la fin sans raison apparente »).

(toujours essayer de comprendre quel est le vrai motif d'hospitalisation.

Cas clinique 2

- Patient de 80 ans admis pour troubles du comportement conduites agressives envers l'épouse. Transféré en EHPAD psychotropes A et B
- Demande d'hospitalisation urgence pour agressivité envers le personnel Sous Psychotropes G,H,I,J
- Le médecin ne sait pas pourquoi les psychotrope A et B ont été arrêtés.
- Le médecin ne sait pas pourquoi les psychotropes G,H,I,J ont été introduits, ni par qui, ni avec que résultat, ni avec quels effets secondaires.
- Par contre il trouve dans le dossier la prescription de traitement C,D,E,F qui ont été introduits puis arrêtés. Mais il ne sait pas non plus par qui, pourquoi, avec quel résultat, avec quels effet secondaires.

IL existe une tendance à l'évaporation des antécédents psychiatriques des patients devenus âgés.

Les simplifications, et les approximations, nous font perdre sur le long terme un temps considérable.

- Evaluation gériatrique standardisée :
 - Cognition = MMS trop long remplacé pas SMMS
 - Psychiatrie = GDS (échelle de dépression gériatrique)
 - GDS 30 item trop long remplacé par GDS 15 items
 - GDS 15 Item trop long remplacé par GSD 4 items

Avantage repérage d'un grand nombre de patients.

Quel message :

les maladies cérébrales se limitent a Alzheimer

Les affections psychiatriques se limitent à la Dépression

Inventaire neuropsychiatrique

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence

La Pression de simplification

**la complexité de la prise en charge des patients augmente avec l'Age.
La pression de simplification augmente avec l'Age**

Hypothèses

**un mécanisme de défense (peur et incompréhension)
Une étape nécessaire pour agir (EGS)
antagonisme (fort en psychiatrie) entre confidentialité et transmission
gestion chronique du manque de temps
mais qui a beaucoup de limites (perte d'information)
et comporte un risque de dérive (préjugé, discrimination)
C'est l'écueil du langage (vocabulaire /malentendu/imaginaire)**

- On trouve plus de recommandations sur
 - la prise en charge des troubles du comportements associés a la démence
 - que sur la psychiatrie du sujet âgé.

Filière Démence

Filière psychiatrique
sujet âgé

UHR

UPAD

UCC

ESA

Education
thérapeutique

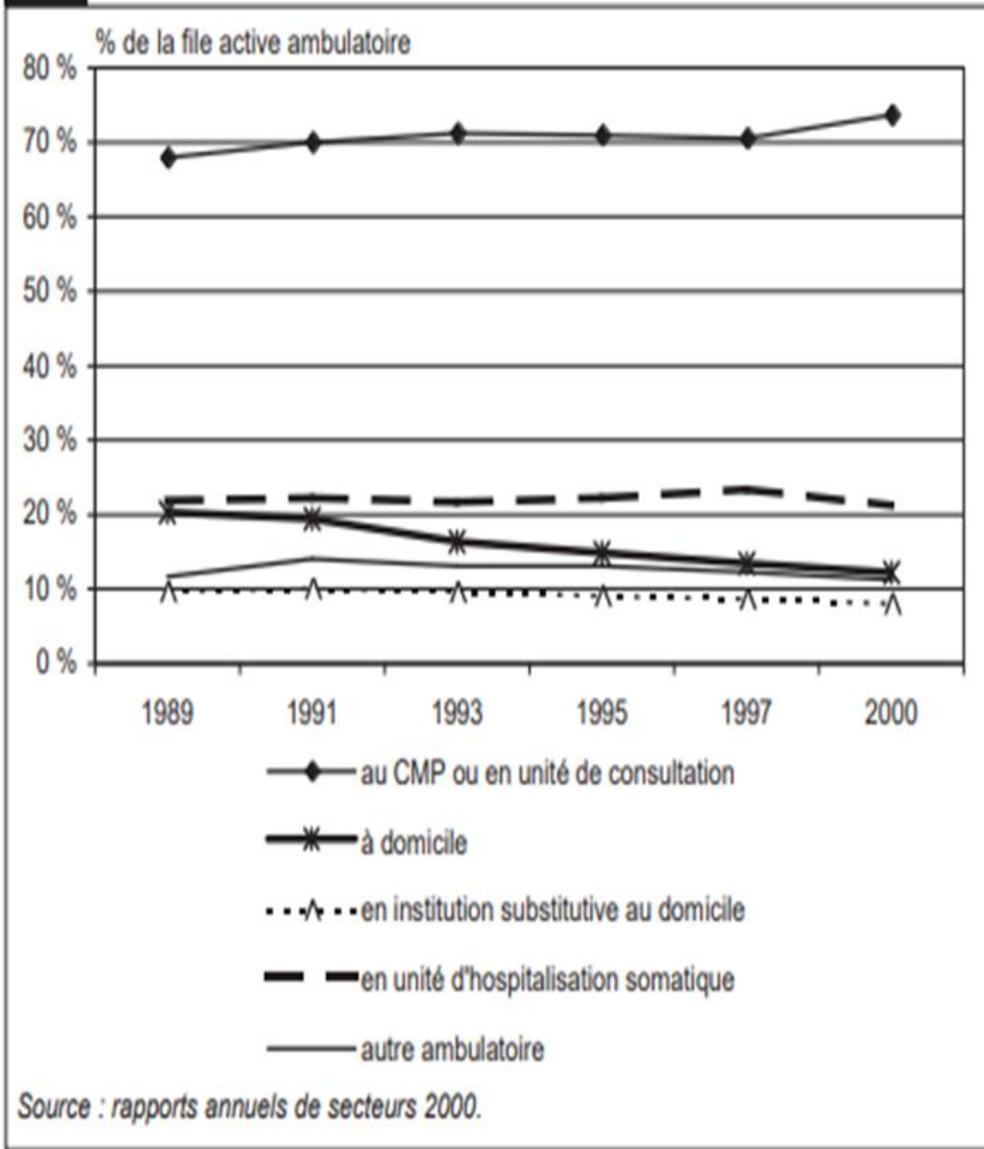
Équipe mobile

Anjou Alzheimer

CMRR

Réseau myosotis

Le patient de 80 ans délirant a plutôt intérêt à avoir quelques troubles cognitifs



Ce graphique montre une baisse de près de 50 % des évaluations psychiatriques ambulatoire à domicile en 1990 et 2000.

l'arbitrage se faisant au profit des CMP dont l'activité a été maintenu.

Nosologie non consensuelle.

- tous les troubles psycho-comportementaux ne sont pas en lien avec une pathologie démentielle
- Une pathologie démentielle n'induit pas nécessairement de troubles du comportement.
- Pourtant Il reste très difficile de définir un cadre nosologique pour les symptômes comportementaux sortant du cadre d'une pathologie démentielle
- Les lectures et d'interprétations restent encore très variables et peu consensuels.

III) Risque d'Effet pervers des préconisations

- Moindre prise en compte de l'efficacité respectives des traitements
- Discourt fortement accès sur les classes thérapeutique au détriment des posologies ou des modalités de suivis
- Risque de Débordement dans l'usage des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (6 fois prescrits plus dans la pathologie démentielle qu'en population générale) 20 % de femmes et 10 % d'homme sous antidépresseurs après 70 ans.
- Injonction paradoxale a ne pas respecter des AMM : quel benzodiazepine a demi-vie courte dispose d'une AMM dans l'agitation aigue.
- Arrêt intempestif de psychotropes au dont le rapport bénéfice risque est incontestable
- Nécessité d'une clarification Sur Prises en charge non médicamenteuse
- Disqualification des médecins qui alimente les réseaux sociaux

critère de choix d'un traitement

- le rapport bénéfice risque d'un psychotrope ?
- En fonction de l'efficacité attendue
- Plus les symptômes sont intenses, graves et réfractaires, plus on prend de risque
- Comparer l'abord de la souffrance physique chez la personne âgée (une obligation, une priorité, principe du double effet) et de la souffrance psychique (ce n'est pas un sujet).

Faut il mettre les médecins sous tutelle ?



ansm

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Stupéfiant
Durée limitée
QT corrigé



Réseaux sociaux :
« les médecins qui prescrivent massivement ces médicaments sans informer des risques sont des fous dangereux et des criminels »

@Anonyme : Que tu sois vendu au crime médical organisé, ne fait aucun doute. Mais ce sont les drogues psychiatriques prescrites qui les tuent, et pas la maladie, comme la mafia médicale veut nous le faire croire. Toutes les preuves sont ici :



Pharmacien

PRESSE

08RE 2011 - N° 776 - BELGIQUE 4,69 € / CANADA 6,50 € / ITALIE 4,30 € / LUXEMBOURG 4,99 € / SUISSE 8,15 € / GRECE 4,50 € / ESPAGNE 4,99 € / PORTUGAL 5,00 € / JAPON 11,00 € / USA 4,40 € / ROUMANIE 2,75 € / TOM (TAÏWAN) 11,00 € / USA NY 6,50 € / USA FL 4,40 € / AUTRICHE 4,99 € / TURQUIE 8,00 € / ALLEMAGNE 4,99 € / FRANCE 6,00 €



ne

EXCLUSIF Valium, Lexomil, Ter
CES MÉDICAMENTS QUI FAVORISENT L'ALZHEIMER

De 16 000 à 31 000 malades supplémentaires par an, est l'auteur de l'étude épidémiologique dont nous révélons

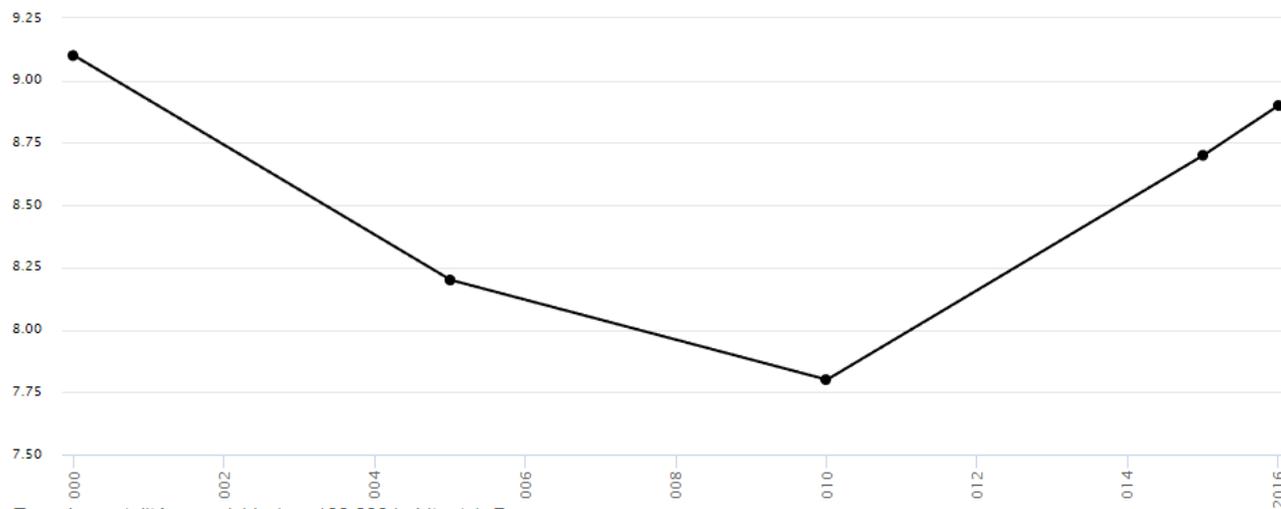


Si les psychotropes sont une médicalisation de la vieillesse , de la disqualification sociale dont les valeurs sont flexibilité performance autonomie, de l'isolement social , de l'évolution culturelle des obligations familiales , des conflits familiaux, du deuil , de la pauvreté ?

Alors le médecin n'est pas seul responsable de l'augmentation ou de la baisse des prescription de psychotropes.

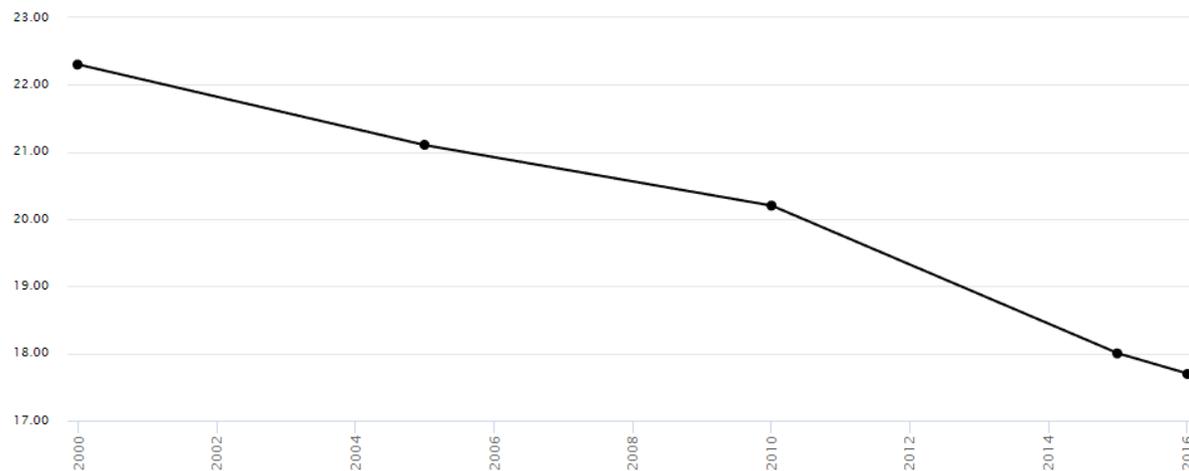
Évolution du taux de suicide en milliers d'habitant au Royaume unis et en France de 2000 a 2016.

Taux de mortalité par suicide (par 100 000 habitants), Royaume-Uni



uk

Taux de mortalité par suicide (par 100 000 habitants), France

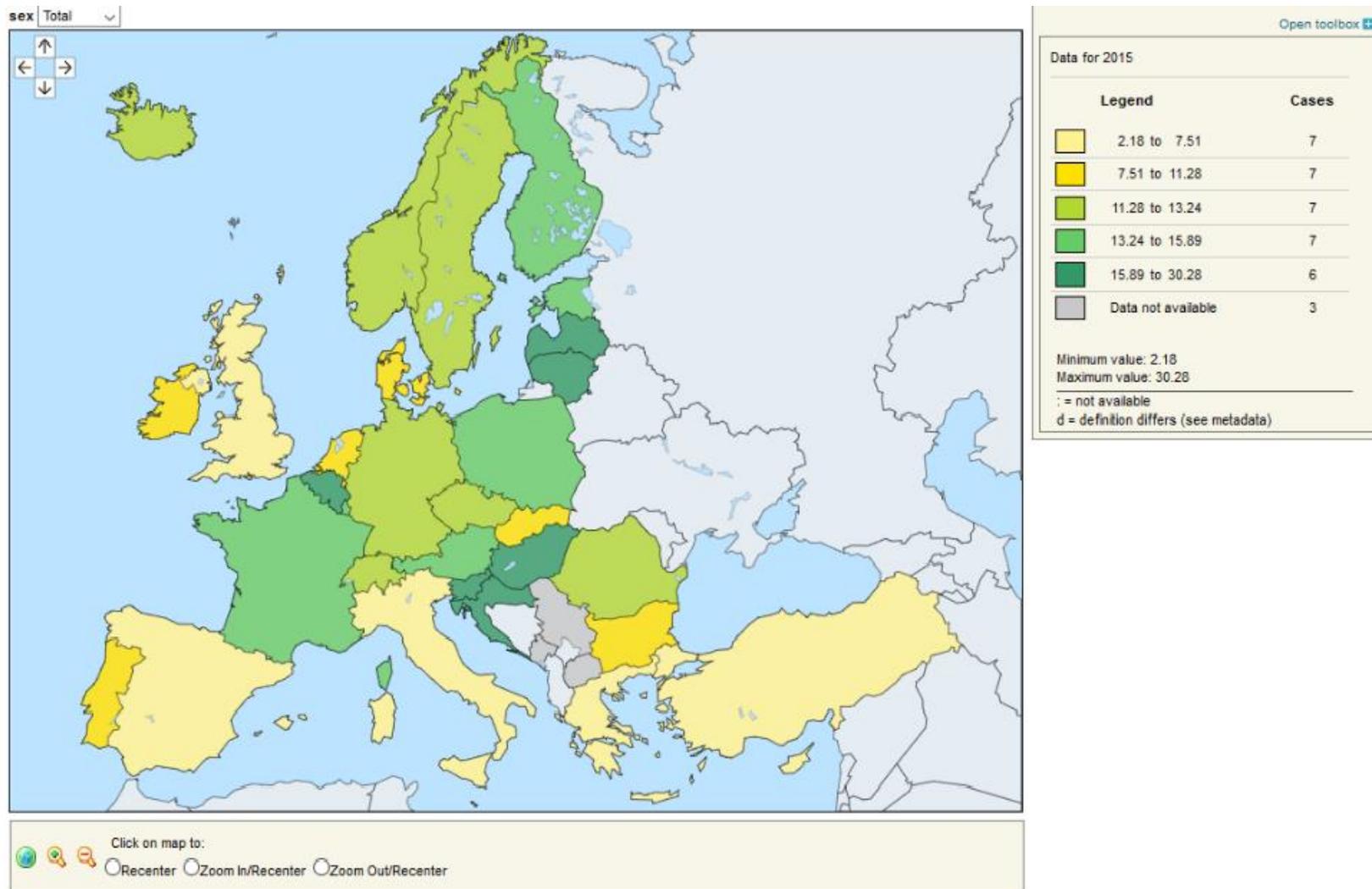


france

Perspective monde, date de consultation: 16/10/2019, source: Banque mondiale

[Carte du monde pour cette statistique](#)

Taux de suicide en Europe



On ne peut pas comparer les prescriptions de psychotropes sans les corrélérer aux données épidémiologiques concernant les affections psychiatriques, et leur évolution.

- Facteurs culturels / croyances
- biais de Cohorte (pour les prescriptions de Benzodiazépines on paye les erreurs des années 50-60-70)
- personnes âgées et société
- système de santé libéral construit autour de la demande

principe d'autonomie

Alignement parfait (par principe)

La demande de soin

Le Besoin de soin

Offre de soin (ville/hopital)

Dans ce modèle, l'augmentation des hospitalisations sous contraintes : est cité comme un marqueur de dysfonctionnement de la psychiatrie. Une loi est voté en 2009 pour limiter la mise sous tutelle par les médecins. Une loi est votée en 2015 pour compliquer l'admission en EHPAD d'un patient sous tutelle.

Rationalité limitée du patient, des familles biais cognitifs, excès de nature
Rationalité limitée des soignants, du système de santé, biais cognitifs excès de nature
Rationalité limitée est un principe universel, qui n'épargne pas les élites
(tous les hommes naissent libres et égaux en rationalité limitée)

L'offre de soin

La demande De soin

Le besoin de soin

Les patients les plus à risque
Refusent une prise en charge

Sous médicalisation

Demandes inappropriée de traitement par une partie de la population

Sur médicalisation

Offre de soin
Ne correspondant
Ni au besoin de soin
Ni à la demande de soin

En cherchant bien il se pourrait que vous trouviez quelques failles dans le système de santé actuel

Que faire des personnes âgées qui refusent les soins

De quoi l'augmentation des hospitalisations Non programmée pour « problème de maintien a domicile » est il le symptôme ?

De quoi le développement des réseaux de soins gériatrique sollicité pour « refus des aides » est il le symptôme ?

Qu'est-ce qu'un « problématique sociale » ?

4) Règles de prescriptions

1) L'erreur est fréquente,

Admettre qu'on se trompe souvent
Partir du principe qu'on se trompe
trois fois sur 4, pour ne plus se
tromper qu'une fois sur deux

2) Tracer un argumentaire d'une prescription, même si cet argumentaire est discutable.

- Noter l'indication de l'introduction et de l'arrêt
- Tout les psychotropes doit être reliés à une comorbidité

Il vaut mieux un vague antécédent psychiatrique mal nommé mal daté et pas sûr que rien du tout **dès lors** que cet antécédent a justifié d'une prescription de psychotrope

Exemple Proportion d'indication tracée des hypnotiques proche de 0%

3) La posologie

- **Maitriser la posologie en général et à l'introduction en particulier.**
- **Pas seulement pour la pharmacocinétique.**
- **Antipsychotique :**
- **Symptôme psychotique tardif sujet âgé**
- **Dose divisée par 10**
- **Hallucinations isolée partiellement critiquées : Dose divisé par 20**

- **Risque iatrogène élevé même a dose faible**
- **Le loup dans la bergerie. (l'augmentation de dose échappe au prescripteur initial)**

- **Benzodiazepine : grande disparité liée a l'accoutumance des patients. Dose initiale SERESTA 5 mg.**

- **Possibilité d'atteindre des doses élevées mais relation dose /iatrogénie non fortuite.**



4) La qualité de la prise en charge dépend surtout de la suite.

Ex : Mesurez la vitesse de marche des patients sous neuroleptiques



- **5) Apprendre a dire non au patients et aux équipes**
- IL m'arrive encore souvent d'échouer, ou de renoncer devant l'ampleur de la tache.
- Besoin d'aide, plus que de préconisation ou de sanction.

6) Auditer des prescriptions anticipées danger des termes

- Si besoin
- Si agitation

7) Prendre soins des patients qui refusent les soins.

« Mandat d'hospitalisation future ? »

merci

CAMPAGNES IATROGÉNIE 2019

- Patients âgés polymédiqués chroniques & Bilans Partagés de Médication
- Associations contre-indiquées



Une campagne est lancée pour lutter contre les « accidents médicamenteux » et dix réflexes à adopter sont donnés. On déplore 7 500 décès tous les ans.

L'initiative

Chaque année, en France, 130 000 personnes sont hospitalisées à cause des médicaments. Et « ces accidents médicamenteux » occasionnent 7 500 décès. À l'échelle des Pays de la Loire, il n'y a pas de statistique précise. « Mais ce que nous savons, en revanche, c'est que 33 586 patients prennent chaque jour dix médicaments et plus... » souligne Fabrice Martin, directeur adjoint de la CPAM de Loire-Atlantique. Ce sont eux qui sont le plus exposés à des accidents dans l'utilisation des médicaments.

Pour réduire les risques, la CPAM des Pays de la Loire lance en lien une campagne d'information en direction des plus de 65 ans et de leurs proches, pour « rester maître du jeu ». Elle donne dix réflexes à adopter. Par exemple : « Ne pas donner ou échanger ses médicaments ; éviter l'automédication ; faire le point régulier avec son médecin ; ne pas arrêter son traitement sans l'avis du médecin. » Etc.

« Les médicaments peuvent avoir des effets indésirables, rappelle le Dr Cédric Ansquer, médecin gériatre à l'hôpital privé Confluent. Le mauvais usage des médicaments, l'association de nouveaux médicaments, ou encore la survenance



De gauche à droite, Alain Guilleminot, pharmacien, Fabrice Martin, de la CPAM, Cédric Ansquer, médecin gériatre et le Dr Philippe Delorme, médecin généraliste.

CRÉDIT PHOTO : QUEST-FRANCE

d'affections aiguës peuvent entraîner des désordres. Certains signes, chutes, confusion, perte d'autonomie, doivent alerter. »

« Face au médicament, rebondit le Dr Philippe Delorme, médecin généraliste, le patient manifeste d'abord de la défiance. Il dissèque la notice. Puis il s'approprie le médicament. Ce qui rend parfois la dé-prescription compliquée. »

La toxicité potentielle des médicaments, les pharmaciens, que l'on appelait auparavant les « gardiens des poisons », la connaissent bien. « On doit informer, être les traducteurs, mettre en garde contre l'automédication et le mauvais usage qui

peut être fait des médicaments », rappelle Alain Guilleminot, pharmacien.

En matière d'automédication, si on a un doute, « on doit regarder sur la carte Vitale de l'usager, son dossier pharmaceutique ». Aucun produit, y compris des compléments alimentaires, n'est anodin. « Par exemple, dans la levure de riz, il y a de la *statine*, un traitement utilisé contre l'excès de cholestérol. »

Depuis quelques mois, le pharmacien peut, sur rendez-vous (c'est remboursé par la Sécurité sociale), voir un patient pour faire « un bilan partagé de médication ».

Philippe GAMBERT.



Médicaments : prévenir les risques d'accidents chez les seniors

Mal pris, les médicaments peuvent tuer. L'assurance maladie de la Sarthe lance une campagne d'information auprès des plus de 65 ans, considérés comme les plus à risque.

Le constat

« Il s'agit de lutter contre un problème de santé publique. Chaque année, les accidents médicamenteux chez les personnes âgées tuent deux fois plus que les accidents de la route. Beaucoup pourraient être évités », rappelle Patrick Rooyer, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Sarthe (CPAM). Les accidents liés aux médicaments représentent chez les personnes âgées de plus de 65 ans, 10 à 20 % des admissions aux urgences. Prendre plusieurs médicaments par jour soigne mais comporte des risques, surtout quand le malade ne respecte pas ou mal les prescriptions médicales et pratique l'automédication.



Le Mans, mars 2019. Utiliser un pilulier peut permettre d'éviter des erreurs.

Photo: arthos 05

CQui ?

La caisse de la Sarthe et celles de la région lancent donc, en partenariat avec l'union libérale des médecins libéraux et l'union régionale des pharmaciens, une opération de sensibilisation destinée au grand public. Elle s'adresse aux personnes de plus de 65 ans polymédiquées, c'est-à-dire prenant plusieurs médicaments par jour.

Plus on vieillit, plus on prend de médicaments. Cela accroît le risque de se tromper ou d'oublier, de créer des interactions entre les médicaments, etc. Le vieillissement modifie aussi l'action du médicament. Certains organes comme le foie et les reins fonctionnent parfois moins bien ce qui perturbe l'élimination des médicaments, avec des risques

d'accumulation.

Les bons réflexes

Dans un dépliant, la CPAM rappelle les bons réflexes à adopter : ne pas donner ou échanger de médicaments avec son entourage ; éviter l'automédication, adapter son mode vie à son traitement, être vigilant à certains symptômes ; ne pas arrêter son traitement sans l'avis de son médecin ; organiser sa prise de médicaments grâce à un pilulier...

Les signaux d'alerte

Certains symptômes ou manifestations peuvent être les signes avant-coureurs : troubles de l'équilibre, chutes, malaises, saignements, troubles digestifs (nausées, diarrhées, constipation), perte d'appétit.

Le rôle du pharmacien

Le pharmacien a souvent un rôle crucial dans la prévention des accidents médicamenteux car il voit les patients plus souvent que le médecin et « centralise les ordonnances d'un patient », ainsi que le rappelle

Gaëlle Juignier, pharmacienne au Mans, « Nous sommes très vigilants concernant les patients polymédiqués. Faire de l'éducation thérapeutique entre dans notre formation. Il est du rôle des professionnels de santé d'expliquer au patient pourquoi il prend un traitement et comment il doit le prendre ».

De nombreuses pharmacies proposent un service - payant ou non - de mise en pilulier.

Plus d'informations sur accidents-medicaments.fr

EN FRANCE

Les accidents médicamenteux responsables de **130 000 hospitalisations** et de **7 500 décès** par an

40 % des plus de 75 ans ont une prescription de plus de 10 médicaments sur 3 mois

Effets indésirables des médicaments : **deux fois plus fréquents** après 65 ans

Personnes de plus de 65 ans prenant plus de 7 médicaments

28 081

PROV. CHARENTAISE

133 764

Delmas 2017

L'AVIS DU MÉDECIN

« Se méfier des mélanges »

« Le médicament de l'un est le poison de l'autre ». Jean-Jacques Crappez, médecin gémériste mancéau investi dans cette campagne d'information rappelle qu'aucun médicament actif n'est pas sans effets indésirables. « Un médicament déplace un équilibre dans l'organisme. Il faut se méfier des mélanges

de médicaments et être très attentif à ce qu'on prend par ailleurs ! certaines écosions à base de plantes, huiles essentielles, compléments alimentaires, pamplemousse peuvent interférer et avoir une action sur l'élimination ou l'accumulation dans l'organisme ».

ATTENTION AUX MÉLANGES



Prendre plusieurs médicaments peut s'avérer très dangereux ; en Loire-Atlantique, les professionnels de santé se mobilisent pour conseiller les patients. Photo PD-Nathalie Bourreau

I - IATROGÉNIE ET VULNÉRABILITÉS LIÉES A L'ÂGE

➤ Polypathologie

- ↗ âge = ↗ comorbidités + ↗ gravité des effets indésirables + ↗ hospitalisation (20% ≥ 80 ans)

➤ Polymédication ≥ 5 principes actifs

- ↗ 10% à 20% du risque d'effet indésirable par médicament ajouté
- ↗ 15 à 20% du risque d'interactions
- Effets indésirables médicamenteux 2 fois plus fréquents > 65 ans

➤ Autres vulnérabilités

- Troubles cognitifs et/ou psychoaffectifs
- Altération des organes et modifications cinétiques (IRC)
- Sensibilité pharmacologique modifiée
 - ✓ ↗ effets anticholinergiques centraux et périphériques : confusion, agitation, troubles de la mémoire, constipation (fécalome), rétention urinaire (infection), sécheresse buccale (mastication, déglutition, phonation, caries), troubles visuels (chutes, glaucome)...
 - ✓ ↗ effets opioïdes ; ↘ adaptabilité adrénergique et insulinique
- « Syndrome de fragilité » (douleurs, altération cognitive, dépression, dénutrition, perte d'autonomie, sédentarité, isolement) avec inadaptation aux « agressions »

II - IATROGÉNIE ET FACTEURS DE RISQUE LIÉS A L'ÂGE

➤ **Événements intercurrents aigus**

- Infection, fièvre, diarrhée, déshydratation, décompensation organique, déséquilibre thérapeutique...
- Surveillance clinique ou biologique insuffisante

➤ **Changement du mode de vie**

- Déménagement, deuil, hospitalisation...

➤ **Manque d'adhésion au traitement**

- Oublis 19%, erreurs 16%, arrêt 2%

➤ **Modification de traitement**

- Nouveau médicament prescrit ou acheté, changement de conditionnement, posologie
- **Près de 8,6 % des personnes âgées achètent un médicament sans ordonnance par mois**

➤ **Inadaptation du traitement même en l'absence contre-indications**

- Traitements non justifiés ou inutilement prolongés en gériatrie
- Traitements inappropriés à éviter ou à proscrire
- **Médicaments inappropriés chez plus de 50% des patients > 75 ans**

III - CAMPAGNES IATROGÉNIE 2019

➤ Contexte

- Population âgée en augmentation, exclue des essais, optimisation thérapeutique possible
- Iatrogénie sous-notifiée, 30% à 60% évitable, alertes ANSM récentes (IAM, bon usage)
- Impact médico-économique (↗ durée hospitalisation 9J, 100 à 700 millions € ???)

➤ Campagne 1 : Iatrogénie & Bilans Partagés de Médication

Requête informatique de 4 situations ciblées potentiellement inappropriés

- ✓ Échelles d'évaluation des effets anticholinergiques (Mebarki & Trivalle 2012 ; Briet & al. 2017 ; Caroline Vigneau, CHU44 2018) <http://gerontoprevention.free.fr/articles/Anticholinergiques.pdf>; https://www.synpreth.org/files/formation/dpc/anticholinergic_impregnation_scale_briet_and_all_therapie_2017-72427-437.pdf
- ✓ « Liste Laroche » de médicaments à B/R défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques et/ou en raison d'une efficacité douteuse, à éviter ≥ 75 ans (2007, adaptée 2018 CHU Bordeaux, CRPV Limoges et al.) http://www.hid.asso.fr/sites/default/files/G%C3%A9n%C3%A9rale_Sant%C3%A9_liste_LAROCHE_m%C3%A9dicaments-inappropri%C3%A9s_06-2007.pdf
- ✓ Outil STOPP/START de recherche et d'alerte des traitements en gériatrie (V2 2016) <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/857>
- ✓ « Guide PAPA » des Prescriptions Adaptées chez les Personnes Agées ≥ 75 ans (SF Gériatrie Gérontologie, 2015) <https://sfgg.org/actualites/guide-papa-comment-lobtenir/>

➤ Campagne 2 : Associations contre-indiquées (ACI) par l'ANSM

Requête informatique de 5 CI ANSM = traduction clinique significative, décrite ou potentiellement grave (effets indésirables, ↘ efficacité) [https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0)

➤ Objectifs

- Sensibiliser à la iatrogénie les binômes médecins-pharmaciens à l'aide de cas-patients concrets
- Echanger sur la réévaluation B/R (médecin), le temps d'analyse (pharmacien), les BPM

Mémo: BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION

- **Dispositif conventionnel pharmaceutique d'optimisation thérapeutique coordonnée**
 - Cf. Dispositif conventionnel médecin « Forfait Patientèle Médecin Traitant » indexé sur l'âge
 - Patients ≥ 75 ans ou 65 ans en ALD avec ≥ 5 principes actifs pendant ≥ 6 mois → ≈ 6 M
 - Analyse des traitements prescrits ou non, des comportements et de l'état physiologique
 - Education du patient et retour d'informations auprès du médecin (**DMP+++**)
 - Rémunération : 1ère Année = 60 € ; Années suivantes = 20 € (30 €/an si nouveau traitement)
- **Bilan Partagé de Médication annuel en plusieurs étapes en liaison avec le médecin**
 - Adhésion libre des patients éligibles par le pharmacien de leur choix sur ameli.fr (archivage électronique des supports d'intervention à chaque étape)
 - Expliciter la démarche auprès du médecin traitant (téléphone, rencontre, **MSS**)
 - BPM 1er entretien annuel pharmacien de « **Recueil** » auprès du patient et aidants : habitudes de vie, état physiologique, traitements, perception, observance
 - Retour médecin après analyse des données : remarques pour chaque traitement (galénique, tolérance, mésusage, interactions, alternatives, obstacles) et suggestions d'optimisation
 - BPM 2ème entretien annuel pharmacien de « **Conseils** » envers le patient : plan de prise, ETP, préconisations ou orientation médecin...
 - Entretien d'observance annuel, puis 2 fois/an (si traitements inchangés)

IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICAMENTATION

AVEC VOS MÉDICAMENTS, RESTEZ MAÎTRE DU JEU !

V₄ I₁ G₂ I₁ L₁ A₁ N₁ T₁

C₃
C₃
I₁
D₂

D₂ I₁ A₁ L₁ O₁ G₂ U₁ E₁
N₁
T₁

Vous prenez plusieurs médicaments par jour. Cela vous soigne mais comporte des risques. En France, chaque année les accidents médicamenteux occasionnent plus de 7 500 décès et plus de 130 000 hospitalisations. Parlez-en à votre médecin ou pharmacien. Plus d'informations sur accidents-medicaments.fr



IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION (1/5)

➤ Méthode : 4 thèmes et messages

→ anticholinergiques ; traitements redondants (ATC) ; BZD à ½ vie longue ; neuroleptiques

- Médicaments à **effets anticholinergiques** (Mebarki & Trivalle, 2012)
« Bien que la majorité des effets anticholinergiques périphériques ne soit le plus souvent que source d'inconfort chez les sujets jeunes en relative bonne santé, ces effets peuvent être catastrophiques chez les personnes âgées et responsables de complications en cascades »
- Médicaments de **même classe** thérapeutique (ATC)
- **BZD à ½ vie longue** dans l'anxiété sévère <https://www.has-sante.fr/cms/c/2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete>
Troubles cognitifs, chutes, corrélation risque de démence ?
- **Neuroleptiques** chez la personne âgée confuse agitée et le patient Alzheimer ayant des troubles du comportement perturbateurs <https://www.has-sante.fr/cms/c/819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs>
Eviter les prescriptions systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques dans les troubles du comportement
- Recherche informatique de **binômes médecin traitant - pharmacien** ayant en commun au moins **6 patients > 65 ans** concernés par au moins 1 thème + 1 patient traité par au moins 10 médicaments (*requête 2018 sur les données 2017*)
- **Rencontre de chaque PS** isolément sur son lieu d'exercice autour de cas-patients à discuter
 - ✓ Profil patientèle « gériatrie » du PS
 - ✓ Prescriptions
 - ✓ Documentation et outils d'optimisation thérapeutique
 - ✓ Perception du BPM (types de données, de restitution, **DMP**)

Guide PAPA. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées, O. Hanon, C. Jeandel. Ed. frison roche (2015). 122 pp., ISBN: 978-2-87671-582-0, 14 € ou diffusion gratuite sur guidepapa@sfgg.org

F. Lagrange 

Centre hospitalier P.-Lôo, BP 137, 58405 La Charité-Sur-Loire, France

Outline

[Afficher le plan](#)

Ce n'est pas l'âge qui importe mais le vieillissement et la présence de pathologies. Au-delà de 64 ans, 7 affections en moyenne sont déclarées. Au-delà de 75 ans, 85 % des personnes présentent au moins une pathologie (dont 29 % de type cardiovasculaire) et en moyenne 7 molécules différentes sont délivrées 3 fois par an. Cet ouvrage, publié sous l'égide de la société française de gériatrie et de gérontologie SFGG et le conseil national professionnel de gériatrie, présente 42 fiches de bonne prescription médicamenteuse pour 42 pathologies. Elles ont été rédigées par un collège de 46 auteurs de 10 spécialités médicales différentes et sont adossées aux références les plus récentes.

Les fiches-pathologie présentent le but du traitement, les moyens thérapeutiques, les indications nécessaires, celles à éviter ou celles à discuter, les précautions d'emploi et les critères de surveillance. On y trouve par exemple pour la fibrillation atriale le schéma validé de d'initiation de la warfarine en gériatrie, la règle des 3-5-7 j pour l'arrêt de l'aspirine, du clopidogrel et du ticagrelor avant une chirurgie programmée. La place des AOD ou l'association IEC- Ara2 dans l'insuffisance coronaire son discutées.

On y retrouve bien les recommandations de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) de la HAS pour les traitements antihypertenseurs [1]. Par contre, mais peut être en lien avec les derniers travaux sur le sujet, les conditions de prescription des statines sont moins strictes que dans les recommandations consensuelles concernant les médicaments inappropriés (« Les statines ne sont appropriées que si l'espérance de vie est supérieure ou égale à 5 ans excepté en cas de syndrome coronaire aigu »).

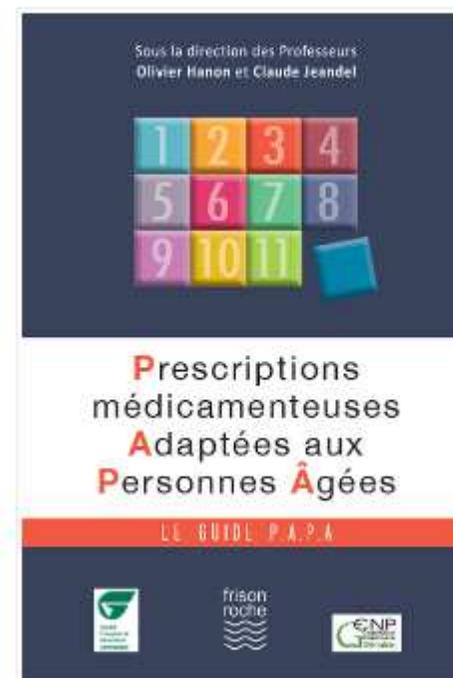
Le lecteur mettra à jour les fiches au fur et à mesure des dernières recommandations comme par exemples celles concernant la limite posologique de la metformine apparu fin 2015.

En attendant une application, c'est un guide de poche synthétique utile et complémentaire aux publications de références du domaine [2].

Top of the page – Article Outline

➤ Références

- [1] PMSA – Programme pilote 2006-2013 Indicateurs de pratique clinique (IPC PMSA). [indicateurs-de-pratique-clinique-ipc-pmsa](#) [cité le 15 décembre 2015].
- [2] Blain H., Rambourg P., Le Quellec A., and al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé *Rev Med Interne* 2015 ; 36 (10) : 677-689 [[inter-ref](#)]



La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français

Olivia Dalleur^{1,2}, M.Pharm., Ph.D., Pierre Olivier Lang^{3,4}, MD, MPH, Ph.D., PD, Benoit Boland^{5,6}, MD, Ph.D.

¹Chercheur, Clinical Pharmacy Research Group, Louvain Drug Research Institute, Université catholique de Louvain, Belgique;

²Pharmacienne, Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique;

³Gériatre, Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique, Département de Médecine, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse;

⁴Professeur agrégé, Health and Wellbeing Academy, Anglia Ruskin University, Cambridge, Royaume-Uni;

⁵Gériatre, Service de Gériatrie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique;

⁶Chercheur, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Reçu le 17 novembre 2015; Accepté après révision le 19 novembre 2015

RÉSUMÉ

Objectif : Cet article présente la nouvelle version en anglais des critères STOPP/START ainsi que son adaptation en français. Les critères STOPP/START forment un outil de détection des prescriptions potentiellement inappropriées.

Description de la problématique : Les prescriptions médicamenteuses inappropriées entraînent un risque élevé d'effets indésirables, notamment pour les personnes âgées. Leur détection doit être une priorité pour les pharmaciens et les soignants médico-infirmiers.

Résolution de la problématique : Plusieurs projets de recherche et de pratique clinique ont présenté l'utilisation de critères explicites pour détecter les prescriptions potentiellement inappropriées, comme la première version des critères STOPP/START, ainsi que les répercussions de l'utilisation de tels critères. La nouvelle version anglaise des critères STOPP/START. v2, publiée en 2015, a pris en considération les dernières recommandations ainsi que l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments. Un panel international d'experts francophones en a réalisé l'adaptation française. L'outil STOPP/START.v2 fera l'objet de futures études.

Conclusion : La version 2 de l'outil STOPP/START, logique et d'utilisation facile, peut facilement s'intégrer au processus de révision des prescriptions médicamenteuses dans la pratique quotidienne.

Mots clés : Personnes âgées, prescription potentiellement inappropriée, révision des médicaments, STOPP/START

Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française

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.

Service de Pharmacologie-Toxicologie-Centre de Régional de Pharmacovigilance - Hôpital Dupuytren - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex Service de Soins de Suite Gériatriques - Hôpital Rebeyrol - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex

Experts ayant participé à l'élaboration de cette liste : Dr Martine ALT (Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Strasbourg), Dr Jean-Pierre CHARMES (Service de Soins de Suite Gériatriques, CHU de Limoges), Dr Claire DESSOUDEIX (Médecin généraliste, Oradour-sur-Vayres), Pr Jean DOUCET (Service de Médecine Interne Gériatrique, CHU de Rouen), Dr Annie FOURRIER (Laboratoire de Pharmacologie, CHU de Bordeaux), Dr Philippe GAERTNER (Pharmacie de ville, Boofzheim), Pr Marie-Claude GUELFY (Pharmacie Hôpital Sainte-Périne, APHP Paris), Dr Alain JEAN (Médecin généraliste, Vitry-sur-Seine), Dr Marie-Josèphe JEAN-PASTOR (Centre Régional de Pharmacovigilance, APHM Marseille), Pr Claude JEANDEL (Service de Gérontologie Clinique, CHU de Montpellier), Pr Jean-Pierre KANTELIP (Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Besançon), Pr Louis MERLE (Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Limoges), Pr Jean-Louis MONTASTRUC (Centre Régional de Pharmacovigilance, CHU de Toulouse), Pr François PIETTE (Service de Médecine Interne, APHP Ivry-sur Seine), Dr Jean-Marie VETEL (Service de gériatrie, CH de Le Mans).

Service de Pharmacologie-Toxicologie-Centre de Régional de Pharmacovigilance - Hôpital Dupuytren - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex Service de Soins de Suite Gériatriques - Hôpital Rebeyrol - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DU MÉDICAMENT

Médicaments antiémétiques dans le traitement symptomatique des nausées et vomissements

MESSAGES CLÉS

- Les médicaments à base de **dompéridone** (Motilium[®], Peridys[®], Oroperidys[®]), **métoclopramide** (Anausin métoclopramide[®], Primperan[®], Prokinyl LP[®]) ou **métopimazine** (Vogalène[®]) et leurs génériques sont indiqués pour soulager les nausées et les vomissements dans les cas de gastro-entérite, infection virale...
- **Compte tenu du risque d'effets indésirables cardiaques graves (arythmies ventriculaires, mort subites cardiaques) et de troubles neurologiques**, la prescription d'un antiémétique devrait être envisagée uniquement lorsque ces affections sans caractère de gravité peuvent entraîner **des vomissements ayant à court terme des complications graves ou très gênantes**.
- **Chez le sujet âgé, leur utilisation est à éviter.**



ELSEVIER

Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINICAL PHARMACOLOGY

The anticholinergic impregnation scale: Towards the elaboration of a scale adapted to prescriptions in French psychiatric settings

L'échelle d'imprégnation anticholinergique : vers l'élaboration d'une échelle adaptée aux prescriptions en milieu psychiatrique français

Jeanne Briet^{a,b}, Hervé Javelot^{b,c,*},
Edwige Heitzmann^c, Luisa Weiner^d,
Catherine Lameira^c, Philippe D'Athis^e,
Marie Corneloup^e, Jean-Louis Vaillieu^{a,b}

^a Pharmacy service, CHS de La Chartreuse, 21000 Dijon, France

^b PIC network (Psychiatrie Information Communication), EPSM Lille-Métropole, 59487 Armentières, France

^c Établissement public de santé Alsace Nord, 67170 Brumath, France

^d Psychiatry II and Inserm unit 1114, university hospital of Strasbourg, 67000 Strasbourg, France

^e Service of biostatistics and medical informatics, CHU de Dijon, 21000 Dijon, France

Received 6 June 2016; accepted 23 December 2016

Available online 17 February 2017

KEYWORDS

Anticholinergics;
Anticholinergic drug
scale;
Psychiatry

Summary

Purpose. – Some drugs have anticholinergic activity and can cause peripheral or central side effects. Several scales exist to evaluate the potential anticholinergic effect of prescribed drugs but: (i) they are validated in the elderly and mainly assess the cognitive side effect of treatments; (ii) they do not concern some of the drugs frequently used in clinical psychiatry in France. The aim of our study is to develop a new scale, the anticholinergic impregnation scale (AIS), with drugs used in France and based on an assessment of the drugs used against peripheral anticholinergic adverse effects.



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

Échelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments

Assessment scales for the anticholinergic effects of drugs

S. Mebarki^a, C. Trivalle^{b,*}

^a 24, rue La-Condamine, 75017 Paris, France

^b Pôle de gériatrie, hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, 12-14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif, France

Disponible sur Internet le 30 avril 2012

MOTS CLÉS

Médicaments anticholinergiques ;
Personnes âgées ;
Cognition ;
Iatrogénie

Résumé De nombreux médicaments ayant des propriétés anticholinergiques sont prescrits en gériatrie, exposant les personnes âgées à un risque accru d'effets indésirables tels que la confusion, la rétention urinaire ou les chutes. Si certains médicaments potentiellement inappropriés sont bien connus des gériatres, d'autres comme le furosémide ou la warfarine, fréquemment prescrits, présentent des propriétés anticholinergiques non négligeables et méconnues. Il existe dans la littérature trois échelles permettant d'évaluer la charge anticholinergique potentielle des médicaments couramment utilisés. L'objectif de cet article est de présenter les différentes échelles d'évaluation des médicaments ayant un effet anticholinergique et d'évaluer leur intérêt dans la pratique courante en gériatrie.
© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Fiche Mémo

Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

Préambule

L'objectif est de réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés¹ dans l'anxiété et l'insomnie², du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable.

Malgré une durée de prescription limitée dans le temps³, il est observé une consommation pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Or, au-delà de quelques semaines, les risques d'effets délétères augmentent : somnolence diurne, chutes, accidents, troubles de la mémoire, etc., ainsi que celui de dépendance.

1. Dérivés de la famille imidazopyridines, dérivés de la famille des cyclopyrrolones.
2. Sont hors-champ de cette fiche mémo, les BZD utilisées pour leurs propriétés antispasmodiques et myorelaxantes dans le traitement des maladies neurologiques.
3. - de quelques jours (y compris phase de réduction de la posologie) pour des insomnies sévères occasionnelles du sommeil à 4 semaines pour des insomnies sévères transitoires (y compris phase de réduction de la posologie) ;
- de 8 à 12 semaines (y compris phase de réduction de la posologie) pour le traitement symptomatique de manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

Haute Autorité de Santé - Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Spécialité	Demie-vie
Clotiazépam	VERATRAN	4 h
Oxazépam	SERESTA	8 h
Alprazolam	XANAX*	10 - 20 h
Lorazépam	TEMESTA*	10 - 20 h

SM49 / Pharmacie / Dr JFB

RESTREINT



Limiter la prescription de psychotropes chez la personne âgée confuse agitée et chez le patient Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs

COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 08 juil. 2009

8 juillet 2009

La Haute Autorité de Santé publie deux recommandations de bonnes pratiques dont les principaux objectifs sont identiques : promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses et éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

L'une de ces recommandations porte sur la prise en charge initiale de l'agitation en cas de confusion aiguë chez la personne âgée, l'autre sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 08 juin 2012

Ces recommandations portent sur la prise en charge des troubles du comportement jugés par l'entourage (aidants et proches, professionnels intervenant auprès du patient, autres patients, etc.) comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui (opposition, agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, desinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations, troubles du rythme veille-sommeil). Les troubles du comportement déficitaires ou de retrait (apathie, repli sur soi, dépression), également fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, et leur prise en charge ne sont pas traités dans ces RBP.

Cochrane Database of Systematic Reviews

Antipsychotic combinations for schizophrenia

Cochrane Systematic Review - Intervention | Version published: 28 June 2017 [see what's new](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009005.pub2>



[View article information](#)

[✉ Javier Ortiz-Orendain](#) | [Santiago Castiello-de Obeso](#) | [Luis Enrique Colunga-Lozano](#) | [Yue Hu](#) | [Nicola Maayan](#)
| [Clive E Adams](#)

J Psychiatr Res. 2019 Jan;108:24-33. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.11.005. Epub 2018 Nov 3.

Adjunctive second-generation antipsychotics for specific symptom domains of schizophrenia resistant to clozapine: A meta-analysis.

[Bartoli F¹](#), [Crocamo C²](#), [Di Brita C²](#), [Esposito G³](#), [Tabacchi TI²](#), [Verrenchia E²](#), [Clerici M²](#), [Carrà G⁴](#).

Author information

- 1 Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Milano, Italy. Electronic address: f.bartoli@campus.unimib.it.
- 2 Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Milano, Italy.
- 3 European Brain Council (EBC), Brussels, Belgium.
- 4 Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Milano, Italy; Division of Psychiatry, University College London, London, W1T 7NF, UK.

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)



World Psychiatry. 2017 Feb; 16(1): 77–89.

Published online 2017 Jan 26. doi: [10.1002/wps.20387](https://doi.org/10.1002/wps.20387)

PMCID: [PMC5269492](#)

PMID: [28127934](#)

Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis

[Britta Galling](#),^{1, 2, 3} [Alexandra Roldán](#),⁴ [Katsuhiko Hagi](#),^{2, 5} [Liz Rietschel](#),⁶ [Frozan Walyzada](#),² [Wei Zheng](#),⁷
[Xiao-Lan Cao](#),⁸ [Yu-Tao Xiang](#),⁹ [Mathias Zink](#),¹⁰ [John M. Kane](#),^{2, 3, 11, 12} [Jimmi Nielsen](#),^{13, 14} [Stefan Leucht](#),¹⁵ and
[Christoph U. Correll](#)^{2, 3, 11, 12}

IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION (2/5)

➤ Résultats ≥ 65 ans

- 43 médecins généralistes concernés
- 15% Patientèle ≥ 65 ans [5%-36%] (M&L = 17% pour une patientèle MG totale = 1214)
- 2% Prescriptions > 10 médicaments ≥ 65 ans [0,2%-6,9%] vs < 65 ans = 0,2% [0%-1,1%]
- 5% Prescriptions d'**anticholinergiques**
408 P : *paroxétine* (8%), *hydroxyzine* (5%), *solifénacine* (5%), *amitriptyline* (4%),
clomipramine (1%), *loxapine* (1%), *olanzapine* (1%), *oxybutynine* (1%), *fésotérodine* (1%)
- 4% Prescriptions de **même classe thérapeutique**
385 P : *laxatifs* (6%), *antispasmodiques* (5%), *antinauséeux* (5%), *anxiolytiques* (4%),
antidépresseurs (3%), *antipsychotiques* (2%), AINS (1%), RGO / antiulcéreux (1%)
- 4% Prescriptions de **BZD à ½ vie longue**
352 P : *bromazéпам* (12%), *clorazéпate* (5%), *prazéпam* (4%), *diazéпam* (3%),
loflazéпate (3%), *nitrazéпam* (1%), *nordazéпam* (1%)
- 2% Prescriptions de **neuroleptiques**
123 P : *rispéridone* (12%), *loxapine* (11%), *cyamémazine* (11%), *halopéridol* (5%),
olanzapine (5%), *tiapride* (4%), *lithium* (3%), *clozapine* (2%), *lévomépromazine* (2%),
quétiapine (2%), *amisulpiride* (1%), *aripiprazole* (1%), *pimozide* (1%), *sulpiride* (1%)

IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION (3/5)



Discussion et retours

<http://www.omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf>

- Prescriptions d'**anticholinergiques**

→ *Thématique intéressante méconnue (21%)*

- ✓ **hydroxyzine** (score = 3) → R>B ; fréquente en EHPAD et recommandée par spécialistes/FMC (7%) ; refus MG et switch BZD (5%)
- ✓ paroxétine (score = 3) → B>R ? ; fluoxétine, fluvoxamine... (score = 1) ?
- ✓ solifénacine (score = 3) → R>B ? ; trospium ?

- Prescriptions de **même classe thérapeutique**

→ *Avis spécialisés parfois contradictoires (psychiatre, gériatre, urologue, néphrologue, infectiologue) et sans amélioration ressentie (37%)*

- Prescriptions de **BZD à ½ vie longue**

→ *Thème connu mais patients dépendants, incluant zolpidem (19%)*

- ✓ T1/2 bromazépam 20h ; clorazépate 30-150h ; prazépam 30-150h
- ✓ Switch oxazépam 8h (cf. psychiatres) et clotiazépam 4h (peu connu) (16%)

- Prescriptions de **neuroleptiques**

→ *Neuroleptiques initiés par les spécialistes ou les équipes mobiles (16%)*

- ✓ Peu d'AMM dans l'agressivité (démence d'Alzheimer) : rispéridone, tiapride, halopéridol
- ✓ Échec d'approches non pharmacologiques, de risque pour le patient/autrui
- ✓ Traitement de courte durée (moins de 4 à 6 semaines)

IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION (4/5)

- **Déprescriptions**

- ✓ Sensibilisation à la iatrogénie mais peur de déstabiliser, manque de temps, refus/départ du patient (42%)
- ✓ Difficulté de discuter ou remettre en cause les prescriptions des spécialistes (23%)
- ✓ Automédication problématique (7%)
- ✓ Les déprescriptions/conciliations à l'hôpital sont parfois represcrites ultérieurement (5%)

- **Bilans partagés de médication**

- ✓ Intéressés (35%, dont 5% au courant) mais pharmacien-dépendant : intérêt du patient, risque d'erreur, gain de temps, méconnaissance des nouveautés, automédication, travail en RCP
- ✓ Non intéressés (21%) : ingérence, cohésion des messages, relationnel, messagerie, conflit d'intérêt (automédication), retours IDE
- ✓ Sans opinion (9%) : le pharmacien appelle en cas de problème (refus de dispensation dans l'intérêt du patient)

- **Verbatim**

" *Je ne pensais pas prescrire autant* "

" *Il n'y a plus de problèmes maintenant, le patient est décédé* "

" *Je prescris une benzo pour l'anxiété et une autre pour le SJSR* "

" *Il y a 2 AH1 : un pour la toux, l'autre pour l'allergie* "

" *Je suis étonnée par l'importance des demandes et des prescriptions de psychotropes en France* "

" *Comment faire avec des patients de 90 ans qui ont été traités toute leur vie par des benzos ?* "

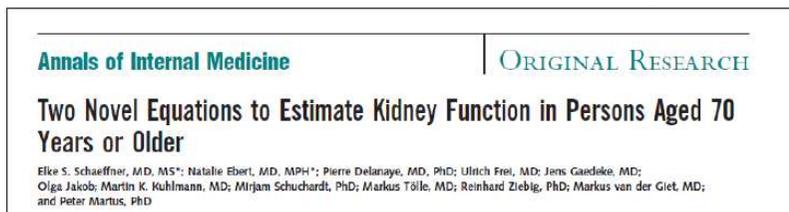
" *Il faudrait retirer le zolpidem du marché* "

" *On aurait besoin de gériatres libéraux, comme les pédiatres* "

IV - IATROGÉNIE ET BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION (5/5)

➤ Conclusion

- **Limites** : Travail observationnel, effectif, reproductibilité, référentiels, posologies



GPR : Guide Prescription & Rein
www.sitegpr.com

- **Echange constructif et motivant (49%)** : volonté d'amélioration, sujet personnel d'intérêt (*Prescrire, gérontologue, maître de stage*), souhait de « listes » de médicaments, formations
- **Echange intéressant** mais sans impact attendu (30%) : prescriptions spécialisées, fatalisme, manque de temps, lassitude
- Echange « difficile » (9%) : sur la défensive (contrôle), campagne anxiogène



deprescribing.org

À PROPOS QU'EST-CE QUE LA DÉPRESCRIPTION? RECHERCHE RESSOURCES NOUVELLES IMPLIQUEZ-VOUS

Prenez connaissance des lignes directrices de Bruyère pour la déprescription

Les lignes directrices pour la déprescription visent à guider les professionnels de la santé et les patients qui désirent réduire ou arrêter la prise de médicaments potentiellement nocifs ou qui ne sont plus nécessaires.

RESTREINT



V - ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES PAR L'ANSM

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

Cliquez ici pour effectuer une recherche...

L'ANSM | S'informer | Décisions | Activités | **Dossiers** | Publications | Services | Déclarer un effet indésirable | Produits de santé

Accueil > Dossiers > Interactions mé... > Interactions médicamenteuses

Dossiers

- > Antibiotiques
- > Baclofène
- > Appareils d'automesure tensionnelle
- > Biotox / Piratox/Piratome
- > Brexit /conséquences pour les opérateurs
- > Chirurgie réfractive - Complications et effets Indésirables de la chirurgie dite Lasik
- > Conditions climatiques extrêmes et produits de santé
- > Corticoïdes par voie orale
- > Creutzfeldt-Jakob et produits de santé
- > Défibrillateurs cardiaques externes
- > Diabète
- > Diane 35 et ses génériques
- > Dispositifs médicaux de radiothérapie
- > Dispositifs médicaux
- > Dispositifs médicaux implantables actifs (DMIA) utilisés en cardiologie
- > Essai Clinique Bial/Biotrial
- > Furosémide Teva 40 mg, comprimé sécable
- > Gaz à usage Médical
- > Implants mammaires PIP pré-remplis de gel de silicone
- > **Interactions médicamenteuses**

Interactions médicamenteuses

- Interactions médicamenteuses
- Interactions médicamenteuses et cytochromes

← 1 2 →

Interactions médicamenteuses

Thesaurus des interactions médicamenteuses

L'ANSM met à la disposition des professionnels de santé l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées par le Groupe de Travail ad hoc et regroupées dans un **Thesaurus**.

Ce Thesaurus apporte aux professionnels de santé une information de référence, à la fois fiable et pragmatique, avec des libellés volontairement simples utilisant des mots clés.

Il doit être utilisé comme un guide pharmaco-thérapeutique d'aide à la prescription.

- Mode d'utilisation du Thesaurus
- Thesaurus : Référentiel national des interactions médicamenteuses (01/10/2019) 📄 (1919 ko)
- Thesaurus : Index des substances (01/10/2019) 📄 (291 ko)
- Thesaurus : Index des classes thérapeutiques (01/10/2019) 📄 (225 ko)

- Différentiel - Mise à jour de septembre 2019 (01/10/2019) 📄 (119 ko)

V - ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES PAR L'ANSM (1/3)

➤ Méthode : 5 types d'ACI privilégiées par l'ANSM (fréquence, alertes)

→ torsadogènes ; colchicine ; azathioprine ; AVK ; MTX

- torsadogènes entre eux : hydroxyzine, dompéridone, amiodarone, sotalol
Risque de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes
- colchicine + spiramycine, azithromycine, clarithromycine, érythromycine, josamycine, midécamycine, roxithromycine, télithromycine, pristinamycine
Augmentation des effets indésirables de la colchicine (diarrhées, vomissements) aux conséquences potentiellement fatales (déséquilibre hydro-électrolytique, choc septique, collapsus)
- azathioprine + allopurinol ou fébuxostat
Insuffisance médullaire potentiellement grave
- AVK acénocoumarol, fluindione, warfarine + miconazole (toutes formes)
Hémorragies imprévisibles éventuellement graves
- méthotrexate > 20mg/semaine + AAS antalgique, antipyrétique ou anti-inflammatoire
Majoration de la toxicité du MTX, notamment hématologique (diminution de sa clairance rénale)
- Recherche informatique des associations prescrites et délivrées (requête 2019T1) avec retour à l'ordonnance
- Courriers médecin prescripteur et pharmacien
 - ✓ Rappel des contre-indications identifiées
 - ✓ Proposition d'échange

V - ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES PAR L'ANSM (2/3)

➤ Résultats

- 27 contre-indications identifiées
- 23 patients (m = 65 ans [18-95])
- 23 généralistes : 24 ACI effectives (88%) - 1 infirmée (4%) - 2 N/A (8%)
- 23 pharmaciens : 22 ACI effectives (81%) - 3 infirmées (11%) - 2 N/A (8%)

- 74% torsadogènes associés
- 22% colchicine + macrolides / pristinamycine
- 4% azathioprine + allopurinol / fébuxostat

➤ Discussion

- Contre-indications majoritairement effectives
- Existence de patients âgés
- Torsadogènes fréquemment impliqués (hydroxyzine, dompéridone)
- 2 interventions tracées du pharmacien prenant en compte la ½ vie d'élimination plasmatique
- 1 retour (à ce jour)

V - ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES PAR L'ANSM (3/3)

➤ Conclusion

- Travail sur un nombre limité d'ACI (autres torsadogènes : citalopram, escitalopram...)
- Actions communes médecin et pharmacien
- Aide logicielle insuffisante (LAP / LAD)
- Connaissance imparfaite des niveaux de contrainte et des paramètres pharmacocinétiques dans la gestion des IAM
- « **Contrairement à l'association déconseillée, qui doit être le plus souvent évitée, la contre-indication revêt un caractère absolu et ne doit pas être transgressée** »

SUBSTANCES SUSCEPTIBLES DE DONNER DES TORSADES DE POINTES

Ce trouble du rythme cardiaque grave peut être provoqué par un certain nombre de médicaments, antiarythmiques ou non. L'hypokaliémie (cf. médicaments hypokaliémisants) est un facteur favorisant, de même que la bradycardie (cf. médicaments bradycardisants) ou un allongement préexistant de l'intervalle QT, congénital ou acquis.

Les médicaments à l'origine de cet effet indésirable sont notamment les antiarythmiques de classe Ia et III, et certains neuroleptiques. D'autres molécules n'appartenant pas à ces classes sont également en cause.

Pour l'érythromycine et la vincamine, seules les formes administrées par voie intraveineuse sont concernées par cette interaction.

L'utilisation d'un médicament torsadogène avec un autre médicament torsadogène est contre-indiquée en règle générale.

Certains d'entre eux, en raison de leur caractère incontournable, font exception à la règle, en étant seulement déconseillés avec les autres torsadogènes. Il s'agit des antiparasitaires (chloroquine, halofantrine, luméfantrine, pentamidine), de l'arsénieux, de l'hydroxychloroquine, de la méthadone, du crizotinib, du cotrimoxazole et des neuroleptiques.

A noter que le citalopram, l'escitalopram, la dompéridone, l'hydroxyzine et la pipéraquline ne suivent pas cet assouplissement, et sont contre-indiqués avec tous les torsadogènes, suite à un arbitrage européen.

(amiodarone, amisulpride, arsenieux, chloroquine, chlorpromazine, citalopram, cocaïne, crizotinib, cyamémazine, disopyramide, dompéridone, dronedarone, droperidol, érythromycine, escitalopram, flupentixol, fluphenazine, halofantrine, haloperidol, hydroquinidine, hydroxychloroquine, hydroxyzine, levomepromazine, luméfantrine, mequitazine, méthadone, moxifloxacine, pentamidine, pimozide, pipamperone, pipéraquline, pipotiazine, quinidine, sotalol, spiramycine, sulpiride, tiapride, toremifène, vandétanib, vincamine, zuclopenthixol)

Les différents niveaux d'une interaction

Pour être retenue, une interaction doit avoir une traduction clinique significative, décrite ou potentiellement grave, c'est-à-dire susceptible de :

- provoquer ou majorer des effets indésirables,
- ou entraîner, par réduction de l'activité, une moindre efficacité des traitements.

Quatre niveaux de contrainte

Contre-indication	La contre-indication revêt un caractère absolu. Elle ne doit pas être transgressée
Association déconseillée	L'association déconseillée doit être le plus souvent évitée, sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque. Elle impose une surveillance étroite du patient.
Précaution d'emploi	C'est le cas le plus fréquent. L'association est possible dès lors que sont respectées, notamment en début de traitement. Les recommandations simples permettant d'éviter la survenue de l'interaction (adaptation posologique, renforcement de la surveillance clinique, biologique, ECG, etc...).
A prendre en compte	Le risque d'interaction médicamenteuse existe. Il correspond le plus souvent à une addition d'effets indésirables. Aucune recommandation pratique ne peut être proposée. Il revient au médecin d'évaluer l'opportunité de l'association.

Fatal Interaction between Clarithromycin and Colchicine in Patients with Renal Insufficiency: A Retrospective Study

I. F. N. Hung, A. K. L. Wu, V. C. C. Cheng, B. S. F. Tang, K. W. To, C. K. Yeung, P. C. Y. Woo, S. K. P. Lau, B. M. Y. Cheung, K. Y. Yuen ✉

Clinical Infectious Diseases, Volume 41, Issue 3, 1 August 2005, Pages 291–300,
<https://doi.org/10.1086/431592>

Published: 01 August 2005 **Article history** ▼

 PDF  Split View  Cite  Permissions  Share ▼

Abstract

Background. Clarithromycin is frequently used to treat community-acquired pneumonia in elderly persons. Like erythromycin, it may interact with other drugs by interfering with metabolism by cytochrome P450 enzymes and with the P-glycoprotein transporter system. Colchicine, used for treatment of acute gout and for prophylaxis, may cause bone marrow toxicity. It is metabolized by CYP3A4 and is transported by P-glycoprotein. Initial case reports suggested potentially fatal interactions between clarithromycin and colchicine.

Methods. A retrospective study was conducted with 116 patients who were prescribed clarithromycin and colchicine during the same clinical admission. Case-control comparisons were made between patients who received concomitant therapy with the 2 drugs and patients who received sequential therapy. We assessed the clinical presentations and outcomes of the 2 patient groups and analyzed the risk factors associated with fatal outcomes.

Results. Nine (10.2%) of the 88 patients who received the 2 drugs concomitantly died. Only 1 (3.6%) of the 28 patients who received the drugs sequentially died. Multivariate analysis of the 88 patients who received concomitant therapy showed that longer overlapped therapy (relative risk [RR], 2.16; 95% confidence interval [CI], 1.41–3.31; $P < .01$), the presence of baseline renal impairment (RR, 9.1; 95% CI, 1.75–47.06; $P < .001$), and the development of pancytopenia (RR, 23.4; 95% CI, 4.48–122.7; $P < .001$) were independently associated with death.

Conclusions. Clarithromycin increases the risk of fatal colchicine toxicity, especially for patients with renal insufficiency. Since there are other drugs for treatment of pneumonia and gout, these 2 drugs should not be coprescribed, because of the risk of fatality.

ÉPILOGUE

- Exploitation médicalisée des bases de l'Assurance maladie
- Campagnes de terrain et de sensibilisation
- Bon accueil
- Pistes d'optimisation
- Besoins d'échanges et d'informations
- Objectifs et outils de communication en réseau en pleine évolution : **MSS, DMP**
- Importance du travail pluridisciplinaire +++



Merci de votre attention



Le Dossier Médical Partagé





Qu'est-ce que le DMP ?



Le DMP est le carnet de santé numérique du patient - **confidentiel, sécurisé et non obligatoire**



Tout bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale (major ou mineur) peut bénéficier d'un DMP



Il permet à un patient de partager ses données médicales avec un professionnel de santé, en ville ou à l'hôpital, lors d'une consultation médicale ou en cas d'urgence

Les professionnels de santé peuvent ajouter tous types de documents jugés pertinents dans le cadre de la prise en charge du patient

Les patients peuvent également ajouter les informations utiles à leur suivi médical



Qu'est-ce que le DMP ?

Le DMP est hébergé par un **hébergeur de données de santé, agréé par le ministère en charge de la santé**. Les informations contenues dans le DMP **relèvent du secret professionnel auquel est tenu tout soignant**.



Le patient garde la maîtrise et le contrôle de son DMP à travers un dispositif de sécurité renforcé, autour des **3 piliers** :

Confidentialité



Un accord du patient

- La **création** du DMP et sa **consultation** par un **professionnel de santé** requièrent l'accord du patient.
- Le **patient** peut **masquer une information** et **seul son médecin traitant** et l'auteur du document pourront en prendre connaissance.
- Seule une situation d'urgence justifie l'accès par un professionnel au DMP sans accord préalable : il s'agit du **mode « bris de glace »**.

Notification



Une consultation du DMP à travers une authentification forte

- Le patient se connecte à son DMP en renseignant son **identifiant de connexion**, son **mot de passe** – qu'il devra personnaliser lors de la 1^{ère} connexion à son DMP – et un **code d'accès à usage unique** reçu par SMS, ou par e-mail.



Un système de notifications

- Un **système de notifications** permet d'avertir le patient à la création, en cas de 1^{ère} consultation de son DMP par un professionnel de santé ou en cas d'ajout d'un nouveau document par un professionnel de santé.

Traçabilité



Un contrôle renforcé de la consultation du DMP par les professionnels de santé via une authentification forte

- Les professionnels de santé accèdent au DMP d'un patient **grâce à leur carte CPS et leurs droits sont définis par une matrice d'habilitations**.
- Les accès des professionnels de santé sont **tracés et accessibles** au patient ainsi qu'à son médecin traitant.

Dossier Médical Partagé

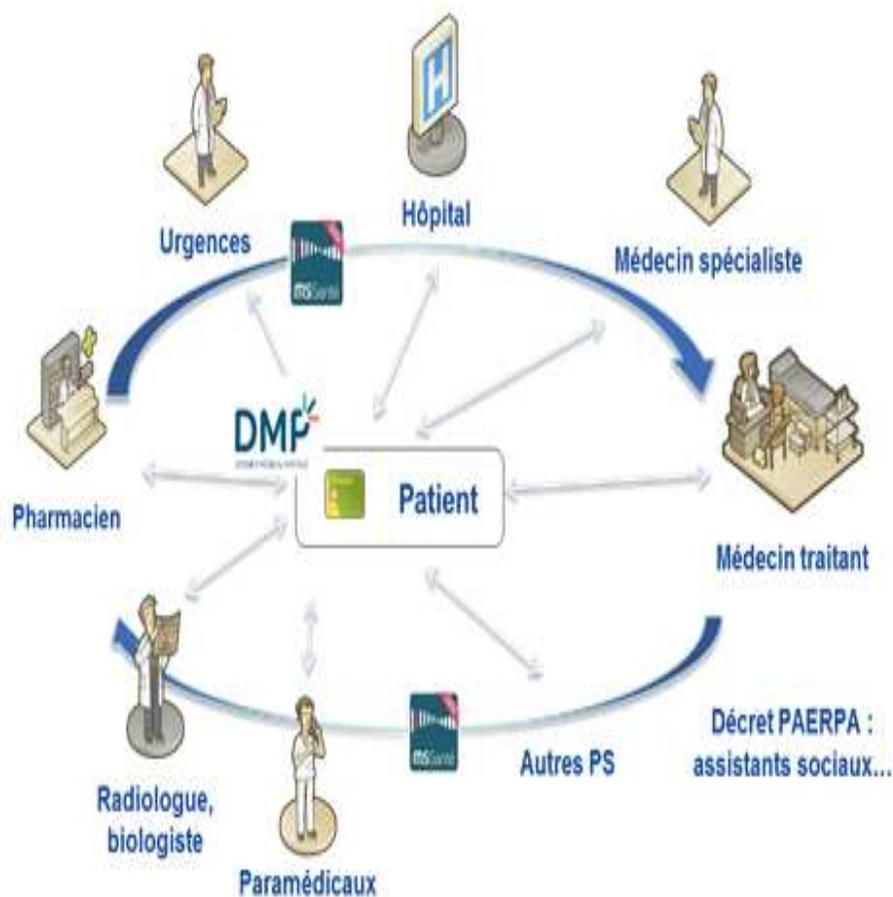
Une solution qui place le patient au cœur du dispositif de soin et qui permet une amélioration de sa prise en charge reposant sur 4 piliers :

1 ! La prévention

3 La qualité des soins

2 La coordination des soins

4 La continuité des soins





L'historique de soins du patient sur 24 mois, automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie, est disponible dès la création du DMP

Jean Robert
01/01/1950

Données de remboursement
Période : du 4 avril 2016 au 4 avril 2018

Les données affichées sont le reflet des informations issues des procédures de remboursement ou de prise en charge détermiées par les organismes d'assurance maladie obligatoires pour les vingt-quatre derniers mois. Elles sont fournies à titre purement informatif et leur exactitude ne peut être garantie, notamment en cas de changement administratif durant ces vingt-quatre mois. Toute interprétation ou toute décision, de quelque nature que ce soit, se basant sur ces données relève de la seule responsabilité de la personne qui les consulte.

La présence d'un H en début de ligne signale que l'acte a été réalisé dans le cadre d'un séjour en hôpital ou établissement de santé.

Pharmacie / Fournitures

Date de délivrance	Libellé du médicament ou de la fourniture	Liste des composants actifs du médicament	Quantités délivrées
17/06/2016	ASPEGIC EG AD PDR ORALE SACHET	ACETYLSALICYLATE DL LYSINE	1
H 05/07/2016	TRANKENE 10MG GELLULE 30	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	1
H 06/07/2016	BETADINE DERMIQUE 10% SOL FP 125ML	POVIDONE IODEE	1

Hospitalisation

Date d'admission	Durée du séjour	Nature du séjour
05/07/2016	1 jour	Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire
14/09/2017	1 jour	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire

Soins médicaux et dentaires

Date d'exécution de l'acte	Acte	Libellé de l'acte	Spécialité
03/02/2017	CS	CONSULTATION SPE	PNEUMOLOGIE
H 30/04/2017	BFGA004	Ext. extracaps. cristallin phakémilis, + implant de chambre post. œil	OPHTALMOLOGIE
11/09/2017	C	CONSULTATION	MEDICINE GENERALE
25/02/2018	AMH	SOINS INFIRMIERS	INFIRMIER

Radiologie

Date d'exécution de l'acte	Acte	Libellé de l'acte
H 05/07/2017	BFGM001	Biométrie oculaire écho + paramètres pour puissance de l'implant
30/01/2018	NFOK004	Ra genou selon incidence

Biologie

Date de l'acte	Code l'acte (NABM)	Libellé de l'acte	Quantité
05/07/2016	0514	PHOSPHATASES ALCAINES (PH. ALC.) (SANG)	1
05/07/2016	0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMA GT, GGT) (SANG)	1



- Pharmacie / Fournitures**
 - Date de délivrance
 - Libellé du médicament ou de la fourniture
 - Liste des composants actifs
 - Quantités délivrées
- Données d'hospitalisation**
 - Date d'admission
 - Durée de séjour
 - Nature du séjour
- Soins médicaux et dentaires**
 - Date de l'exécution de l'acte
 - Acte
 - Libellé de l'acte
 - Spécialité du professionnel de santé
- Radiologie**
 - Date de l'exécution de l'acte
 - Acte
 - Libellé de l'acte
- Biologie**
 - Date de l'exécution de l'acte
 - Code de l'acte (NABM)
 - Libellé de l'acte
 - Quantité



Le contenu du Dossier Médical Partagé

▶ Synthèses

Synthèse

Synthèse d'épisode de soins

▶ Traitements et soins

CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical

Dispensation médicamenteuse

Dispensation (autre)

Plan personnalisé de soins

Prescription de médicaments

Prescription de soins

Prescription (autre)

Protocole de soins ALD

▶ Comptes-rendus

CR d'accouchement

CR d'acte diagnostique (autre)

CR d'acte thérapeutique (autre)

CR d'admission

CR d'anesthésie

CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie

CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical)

CR de consultation pré-anesthésique

CR de passage aux urgences

CR de réunion de concertation pluridisciplinaire

CR de télé-médecine (télé-consultation)

CR hospitalier (séjour)

CR opératoire

CR ou fiche de consultation ou de visite

Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins

▶ Imagerie médicale

CR d'imagerie médicale

Document encapsulant une image d'illustration non DICOM

▶ Biologie

CR d'anatomie et de cytologie pathologiques

CR d'examens biologiques

▶ Prévention

CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage

CR d'acte thérapeutique à visée préventive

Certificats, déclarations

Données de remboursement (1)

Documents dont je suis l'auteur (1)



Où créer le DMP ?



Simple et rapide à créer, tous les bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale peuvent bénéficier d'un DMP.

Il est particulièrement utile aux personnes ayant souvent recours aux soins (patient souffrant d'une maladie chronique, femme enceinte, personne âgée, etc.)



Officines



Autres
Professionnels
de santé dont
les EHPAD



Accueils des
organismes de
sécurité sociale



www.dmp.fr

A ce jour :
Plus de 7 millions de DMP créés en
France
Dont environ 83 000 en Maine et Loire



Les préalables à la création du DMP ?



Avant qu'un DMP soit créé, en officines ou par un professionnel de santé habilité, trois questions fondamentales doivent être posées au futur bénéficiaire du DMP (ou à son représentant légal)

1

On présente au patient (ou à son représentant légal) le DMP et on recueille son consentement pour la création de son DMP

2

On demande au patient s'il accepte qu'un professionnel de santé puisse se connecter à son DMP en urgence, sans consentement

✓ Ces choix peuvent être modifiés à tout moment par le patient lui-même

3

On demande au patient si il souhaite se connecter à son DMP via Internet. Si c'est le cas, le patient doit communiquer une adresse e-mail et/ou un numéro de téléphone portable afin qu'il puisse se connecter à son DMP

✓ A l'issue de cette étape, ses identifiants de connexion (identifiant et mot de passe temporaire) lui seront alors remis

Si le patient ne dispose pas d'une adresse e-mail ou d'un téléphone portable, le DMP peut quand même être créé et utilisé par les professionnels de santé de son choix



Les bénéfices du DMP



Les usages du DMP par le patient sont multiples et correspondent aux attentes en termes de disponibilité, sécurité et gestion de leurs informations de santé

Partager les données de santé du patient entre la médecine de ville et l'hôpital, même en cas d'urgence.

Rédiger ses directives anticipées (à venir)



Renseigner et mettre à jour les personnes à contacter en cas d'urgence

Ajouter à son espace personnel un document dans son DMP de manière libre (en renseignant ses allergies médicamenteuses, ses antécédents médicaux, ses opérations précédentes par exemple)



Accéder à son histoire médicale en ligne, qui remplace les documents papiers, tels que les comptes rendus médicaux, bilans sanguins, ou encore la liste des traitements pris par le patient, en tout point du territoire

Gérer l'accès à son DMP par les professionnels de santé en masquant tout document jugé sensible par le patient (sauf à son médecin traitant) ou en bloquant les professionnels de santé de son choix



Garantir l'accès à ses données de façon sécurisée

Un outil évolutif, en fonction des besoins identifiés

Et plus particulièrement pour le patient âgé

- Partager l'historique de soins avec les professionnels de santé sans avoir à faire appel à la mémoire.
- Simplifier l'accès et la gestion du dossier médical des patients sous tutelle ou curatelle.
- Être soignés et suivis plus efficacement, notamment en cas d'urgence.
- Rédiger des directives anticipées.



Le rôle du médecin traitant



Les professionnels de santé sont amenés à se connecter au DMP du patient, avec un rôle important confié au médecin traitant

MI



Le Médecin Traitant dispose en effet d'un rôle privilégié et d'importantes responsabilités

1
Accéder aux documents masqués par le patient

2
Voir les traces des autres professionnels de santé

3
Bloquer un professionnel de santé à la demande du patient



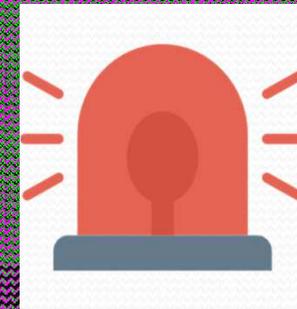
Deux modes d'accès particuliers sont prévus pour les situations d'urgence, à condition que le patient ne s'y soit pas opposé.

1 Un accès SAMU-Centre 15

Le médecin régulateur peut accéder au DMP d'un patient pour lequel il reçoit un appel. Le médecin régulateur n'a pas à justifier le motif de son accès.

2 Un accès en mode « bris de glace »

Tout professionnel de santé peut consulter le DMP d'un patient dont l'état comporte un risque immédiat pour sa santé, sauf si ce patient en a bloqué l'accès de façon spécifique auparavant. Dans ce cas, le professionnel de santé renseigne le nom du patient, son prénom, sa date de naissance et la justification de l'accès du professionnel de santé.



- Le professionnel de santé déclare alors qu'il accède en urgence (avec à cocher dans le DMP) et inscrit le motif justifiant l'urgence lors de l'accès en mode « bris de glace ».
- Ces accès sont tracés dans le DMP du patient et identifiés comme des accès en mode urgence.
- Le patient peut à tout moment revenir sur sa décision concernant l'accès à son DMP en urgence.



3 actions clés



1



- ✓ Accueils CPAM
- ✓ Pharmaciens
- ✓ Patients sur internet

Création

2



- ✓ Etablissements de santé
- ✓ EHPAD
- ✓ Professionnels libéraux

Alimentation

3



L'intégration du DMP dans les logiciels métiers des PS, en ville comme en établissement

Utilisation



DE LA PREPARATION A L' ADMINISTRATION DU MEDICAMENT EN EHPAD

**I. MARTIN, Pharmacien
S. ROUL, IDE**

Prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Une implication pluridisciplinaire au bénéfice du résident

Le circuit du médicament en EHPAD

1 - Prescription

- Support unique papier ou informatisé pour l'ensemble du traitement, utilisé jusqu'à l'administration.
- Prescription lisible, datée, signée par le médecin → Pas de prescription orale, → Pas de retranscription.
- Réévaluation régulière des prescriptions (à l'entrée du résident, pour tout événement intercurrent, a minima tous les 6 mois).
- Prescription sur la base d'une liste préférentielle des médicaments utilisés dans l'établissement tenant compte des médicaments inappropriés chez la personne âgée et des bonnes pratiques en gériatrie.
- Mise en place de protocoles thérapeutiques validés par tous les prescripteurs et réévalués régulièrement (douleurs, escarres...).



Libre choix du résident pour son médecin et pharmacien

2 - Dispensation

- Etapes de l'acte de dispensation :
 - > Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale : connaissance de l'intégralité du traitement (intérêt du dossier pharmaceutique) et des antécédents du patient (IR, diabète...).
 - > Préparation éventuelle des doses à administrer (PDA) : approche individuelle et non systématique sur prescription médicale.
 - > Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament (intervention du pharmacien auprès de l'équipe soignante et/ou du résident).
 - > Délivrance des médicaments : privilégier les présentations unitaires = identification du médicament jusqu'à l'administration.

- Transport des médicaments : sachet scellé, opaque, nominatif, sécurisé, dans le respect des conditions de conservation des médicaments (température...).
- Réception sécurisée des médicaments par des personnes habilitées et identifiées au sein de l'EHPAD.
- Convention entre officine du résident & EHPAD.

⚠ PDA systématique par le pharmacien : absence de textes réglementaires autorisant cette activité.

5 - Administration

- Médicaments injectables ou nécessitant une qualification =
 - médecin ou IDE
- Autres médicaments =
 - IDE ou AS sous responsabilité IDE > A PRIVILEGIER
 - Aidant si acte de la vie courante + pas de difficulté d'administration + pas d'apprentissage particulier : nécessite un protocole de soins.
- Formation, informations et modes opératoires adaptés.
- Vérification au regard de la prescription = Règle des 5B = Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie d'administration, Bon moment.
- Pas de mélange ; Pas de modification de la présentation des médicaments

(broyage des comprimés, ouverture des gélules...) sans avis pharmaceutique ou médical (listes à disposition et réalisation extemporanée).
→ Risque d'inefficacité des médicaments et de toxicité.

- Enregistrement de la prise effective des traitements : date, heure, identité de la personne ayant assuré l'administration ; Retour d'informations au prescripteur (ex : refus de prise, effets indésirables, problème d'absorption, déglutition...).
- Surveillance des résidents après la prise (allergies, intolérances...) et éventuelle déclaration de pharmacovigilance.
- Cas particulier : Gestion de son traitement par le résident
 - > décision médicale enregistrée dans le dossier,
 - > réévaluation régulière de sa capacité par médecin + équipe soignante,
 - > surveillance et traçabilité de chaque événement (évaluation, prises, effets indésirables, modalités de détention...).
 - > pas d'automédication (risque pour le résident).

3 - Stockage Détention

- Séparation :
 - > Des traitements nominatifs des résidents : casier nominatif.
 - > De l'éventuel stock pour soins urgents :
 - liste définie et restreinte (qualitative et quantitative),
 - réapprovisionnement sur commande du médecin coordonnateur auprès d'une officine sur convention : INTERDIT de réintégrer les Médicaments Non Utilisés par le résident (MNU).
- Respect des règles de :
 - > Sécurité :
 - locaux et dispositifs de rangement (armoires, chariots...) dédiés et fermés,
 - accès limité aux personnes habilitées.
 - attention aux conditions particulières de détention des stupéfiants, bouteilles d'oxygène, produits inflammables ...
- > Hygiène : nettoyage régulier

- Conservation :
 - abri de la lumière
 - températures adaptées des locaux et réfrigérateurs (contrôles journaliers, dégivrages réguliers, en cas de dysfonctionnement évaluer la possibilité d'utiliser les médicaments).
- Bonne gestion :
 - contrôle à la réception par IDE de l'adéquation entre les médicaments prescrits et les médicaments délivrés,
 - concernant le stock pour soins urgents, contrôle régulier des quantités et péremptions : Vérification des retraits de lots ; Maintien de l'identification des médicaments jusqu'à l'administration (pas de déconditionnement),
 - gestion du stock : premier périmé, premier sorti ...
 - pour les conditionnements multi doses, apposer le nom du résident et date d'ouverture
 - pas d'utilisation des MNU → retour à la pharmacie pour destruction.



4 - Préparation

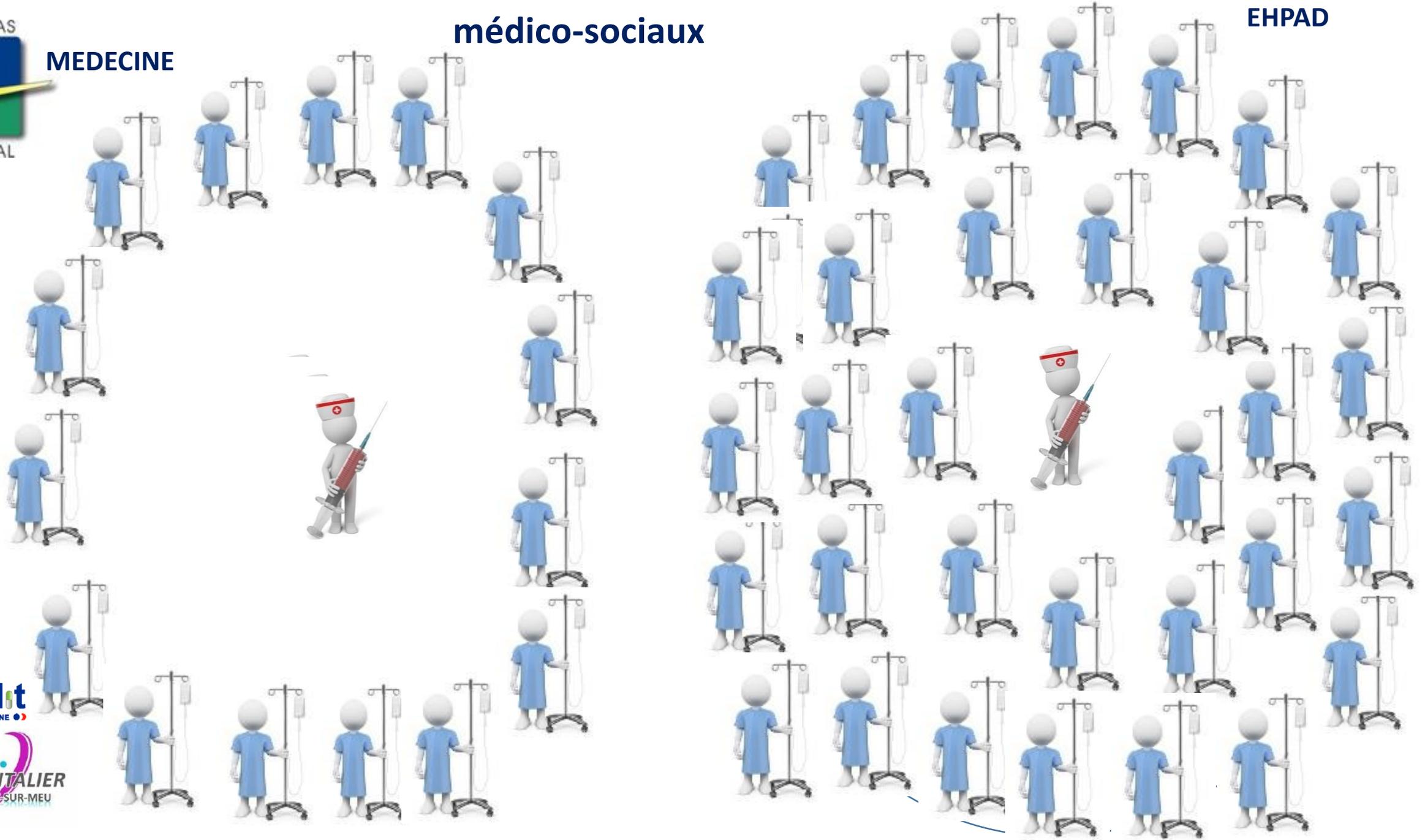
- Activité nécessitant une attention particulière : NE PAS ÊTRE DÉRANGÉ !
- Rôle propre des IDE.
- Zone dédiée et adaptée ; Respect des conditions d'hygiène (locaux, piluliers, chariots...).
- Réalisée à partir de la prescription médicale (pas de retranscription).
- Identification des piluliers et tout autre contenant par : nom & prénom a minima + date de naissance, n° de chambre, photo...
- Identification du médicament jusqu'à l'administration (nom, dosage, péremption, n° de lot) → Pas de déconditionnement à l'avance.
- Privilégier une préparation limitée à une semaine.
- Préparation des formes multidoses et liquides de façon extemporanée (gouttes, sirops...); Pas de mélange.

Contexte des établissements médico-sociaux

EHPAD



MEDECINE



omedit
BRETAGNE

CENTRE
HOSPITALIER
MONTFORT-SUR-MEU



Etablissement médico-social en direction commune avec le CHU (fusion en janvier 2020)

Capacité : 408 lits

3,8 ETP praticiens hospitaliers et des médecins libéraux
1 pharmacien

Activités :

Secteur sanitaire (USLD) : 90 lits

Secteur médico-social EHPAD : 324 lits et places

Les spécificités des établissements médicosociaux influencent le circuit du médicament

1. la préparation des médicaments

Les formes orales sèches et les sachets

La préparation des doses à administrer (PDA) :

- elle est manuelle à Saint Nicolas
- Par qui ? les préparateurs et les IDE
- Pour combien de temps? 7 jours + 1 jour, on parle de semainier ou de pilulier

- Le pilulier ou semainier se fait à partir d'une ordonnance manuscrite
- Il nécessite une identification du résident: photo, nom, prénom pour chaque jour de la semaine

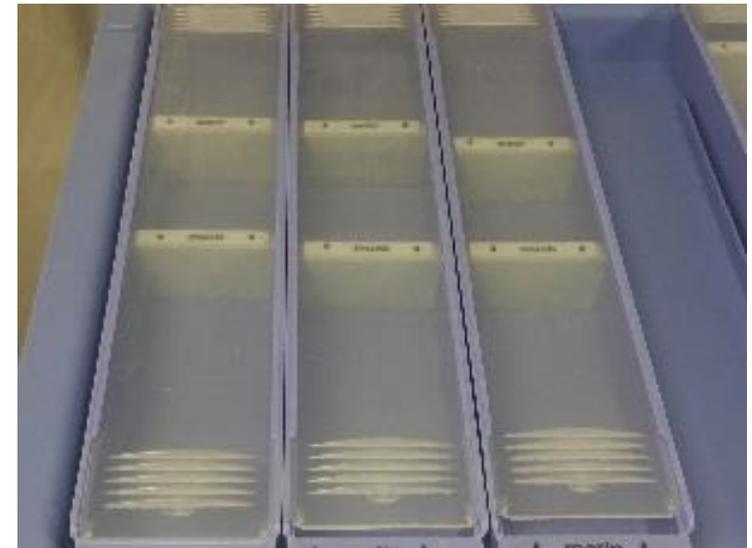
Le COMEDIMS a établi une liste de médicaments à risque à ne pas mettre dans le semainier : anticancéreux par voie orale, immunosuppresseur, les antalgiques opioïdes forts.

Ces médicaments sont donnés extemporanément par l'IDE

Cette préparation est contrôlée par un professionnel différent de celui qui a réalisé le pilulier

Les erreurs font l'objet d'une déclaration

Armoire de stockage des médicaments



3 journaliers



Chariot de distribution des médicaments

1. la préparation des médicaments

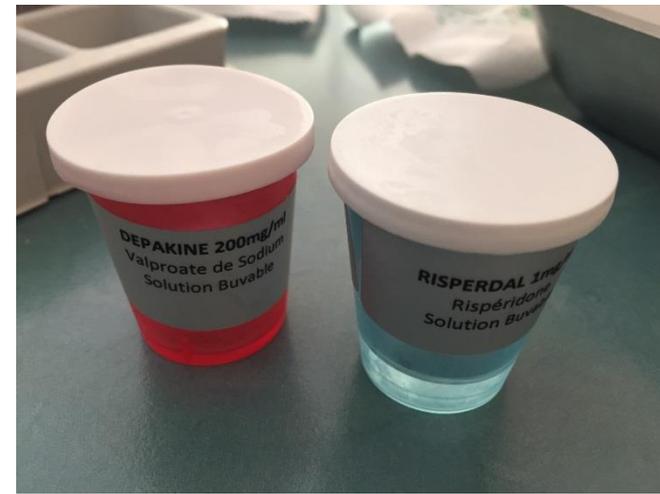
Les formes buvables

Par qui ? Les IDE

Nécessité de préparer à l'avance au plus près de la prise des « pots de gouttes » étiquetés conformément avec l'identité du résident et la dénomination du médicament (nom, DCI, dosage, forme galénique)

Pourquoi les préparer à l'avance ?

Parce qu'en EHPAD les AS administrent les médicaments sous la responsabilité de l'IDE et que leur champ de compétence ne les autorise pas à les préparer



Les spécificités des établissements médicosociaux influencent le circuit du médicament

2. L'administration: étape ultime

(regroupe la distribution et l'aide à la prise)

Particularités liées aux comorbidités du résident

- Maladies neurodégénératives +/- troubles psycho-comportementaux
- Maladies neurologiques
- Pathologies cardiovasculaires: insuffisance cardiaque, troubles du rythme, artériopathies,..
- Diabète de type 2 +/- insulino-requérant
- BPCO
- Cancer

D'où des co-médications avec des risques de iatrogénie médicamenteuse et la nécessité d'un suivi clinico-biologique (AVK, AOD, anticholinergique, thérapie ciblée, méthotrexate, immunosuppresseur...)

2. L'administration: étape ultime

- ❑ **Plusieurs catégories de personnel peuvent administrer**
 - L'IDE et l'AS en collaboration ≠ délégation
 - Qui écrase, qui ouvre les gélules ? et comment?
(Règlementairement, l'écrasement est de la compétence de l'IDE)

Des recommandations existent qui ne sont pas toujours réalisables au regard des organisations

2. L'administration: étape ultime

- ❑ **Une étape où les lieux d'administration sont différents et où les interruptions de tâches sont nombreuses**

Administration

- En chambre
- En salle à manger
- Dans des salons différents de la salle à manger

2. L'administration: étape ultime

Des contraintes supplémentaires:

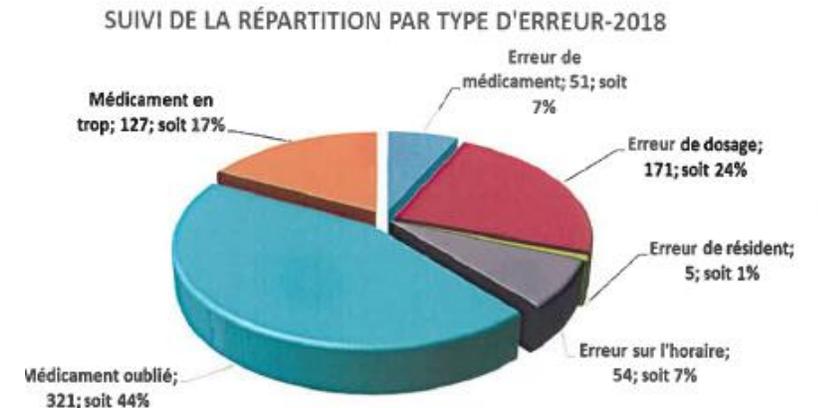
- Ecrasement des médicaments (troubles de déglutition, troubles du comportement)
- Mélange à des boissons, à des aliments (risque d'interactions)
- Négociation avec le résident pour la prise du traitement

Les spécificités des établissements médicosociaux influencent le circuit du médicament et engendrent des risques

1. Les risques associés à la préparation: formes sèches et sachets

❑ Objectivés par le double contrôle des semainiers : 729 erreurs signalées en 2018 lors de ce double contrôle et ainsi évitées

- Beaucoup sont dues aux interruptions de tâches (par les collègues , les résidents , les familles)
- Les locaux dédiés à la préparation ne sont pas toujours adaptés à la réalisation des semainiers et ne permettent pas de s'isoler.



1. Les risques associés à la préparation: forme buvable

- Erreur de médicament dans le pot de goutte (pas le bon médicament)
- Pas la bonne dose (utilisation de la mauvaise pipette pour prélever le médicament)
- Erreur d'étiquetage (pas le bon patient) sur le pot de goutte

2. Les risques associés à l'administration

- Certains sont la conséquence des erreurs de préparation

Mais il y a aussi :

- Les fausses routes
- Les médicaments écrasés, les gélules ouvertes sans savoir si cela était possible

❑ Pour sécuriser la préparation et l'administration et sensibiliser tous les soignants IDE et AS aux risques :

❑ Le COMEDIMS de Saint Nicolas a réalisé

- Une autoévaluation sur l'administration
- Un audit sur l'administration des médicaments avec la participation des PPH des IDE et des AS.
- Un audit sur l'écrasement des médicaments

Les résultats ont été diffusés sous forme d'affiche et présentés aux équipes par le référent COMEDIMS

Retour sur l'EPP « administration des médicaments dans les services de soins » - 2016-2017

Introduction - Objectif

La COMEDIMS a souhaité mener une étude portant sur l'évaluation des pratiques liée à l'administration des médicaments.

Matériel et méthode

Cette étude, plus précisément une EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles), comprend deux temps de réalisation :

1. **Etat des lieux des pratiques** : autoévaluation des pratiques par les professionnels (IDE, AS) pendant 2 semaines, du 12 au 23 septembre 2016
2. **Audit des pratiques (23 observations)** dans les services réalisés au cours des mois de mai et juin 2017

L'objectif est de définir des actions d'améliorations, dans le but de sécuriser le circuit du médicament.

Les référents COMEDIMS (pharmacien + IDE + préparateurs en pharmacie + AS) ont participé à la coordination de l'autoévaluation et à l'audit (observation des pratiques dans les services de soins).

Résultats et actions d'améliorations

POINTS EVALUÉS		
Préparation extemporanée des doses injectables et buvables avant administration :	- Existe des mesures pour éviter toute perturbation (non utilisées systématiquement) - Préparation extemporanée des médicaments le nécessitant / pas de partage de tâches - Identité tracée lors de la préparation	- Pas d'espace spécifique identifié pour la reconstitution extemporanée des médicaments injectables - Mesures pour éviter perturbation utilisées que dans 50% des cas
Respect des bonnes pratiques de préparation extemporanée des doses à administrer avant administration :	- Préparation du pilulier/double contrôle : - Vérification concordance de l'identité du patient au regard de la prescription - Vérification nom, forme et dosage du médicament, et conditions d'administration - Insuline : date de sortie du réfrigérateur notée sur le flacon (80%) - Tous les piluliers identifiés / double-contrôle	- Date de péremption du médicament non vérifiée - Défaut de respect des BP de broyage - Insuline : date d'ouverture notée (20%)
Respect des bonnes pratiques de préparation des gouttes à administrer :	- EHPAD : identification du résident (nom, prénom) et du médicament conforme (95%) - Codes couleur des pots respectés	- 1 pot de goutte n'était pas identifié (nom, prénom) – nom du médicament à la dymo
Contrôles ultimes avant administration :	- Vérification systématique de l'identité du patient/résident - USLD : nom du médicament, aspect et date de péremption vérifiés en regard de la prescription	
Enregistrement de l'administration du médicament :	- USLD : traçabilité de l'administration globale de chaque patient - EHPAD : traçabilité de la distribution globale - Traçabilité de la non-administration des médicaments (82%)	- USLD : défaut de traçabilité de l'administration de chaque médicament enregistré - Défaut de traçabilité de la non-administration des médicaments (18%)

Axes d'améliorations et rappel des bonnes pratiques

Le 5^e coordinateur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la **liste des 5 B :**

- Broyage des médicaments : uniquement par IDE / 1 broyeur par résident / Nettoyage du broyeur entre chaque médicament
- USLD : administration uniquement par IDE
- EHPAD : distribution par IDE, administration par IDE/Aide à la prise : AS
- Procédure relative à la prescription et à l'administration des médicaments diffusée
- Sensibilisation en interne sur le circuit du médicament (destiné aux IDE et AS)

RESULTATS DE L'ENQUETE DE PRATIQUE SUR : L'ECRASEMENT DES MEDICAMENTS
Sonia TALLIER- PPH, Laura BODINEAU Ingénieur Q-GDR CHU-St Nicolas, Corinne BRUHAT médecin PH, Isabelle MARTIN- Pharmacien

Introduction

L'hôpital Saint-Nicolas (USLD et EHPAD) accueille des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs avec des troubles de la déglutition et/ou des troubles psycho-comportementaux. Les soignants ont souvent recours à l'écrasement des comprimés. Il est intéressant de s'interroger sur les pratiques d'écrasement et la prise en charge médicamenteuse des résidents; l'objectif étant d'optimiser la prise en charge médicamenteuse.

Objectif

Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse évitable liée aux pratiques d'écrasement des comprimés.

Matériel et méthode

Une enquête de pratique sur l'écrasement des comprimés a été réalisée par un pharmacien, deux préparatrices en pharmacie et un ingénieur Q-GDR. Deux binômes d'auditeurs, munis d'une grille d'observation (établie à partir des recommandations de bonnes pratiques), se sont déplacés dans tous les services, aux heures de préparation, pour observer et noter les pratiques. L'écrasement des médicaments a été observé pour 44 résidents.

Résultats

- ✓ Dans 62% des cas, l'ordonnance indique que le traitement doit être écrasé
- ✓ Dans 70% des cas, l'écrasabilité est vérifiée

Hygiène des mains

Lavage des mains ou SHA

- Oui (8)
- Non (3)

✓ Pas de port de gants (aucun médicament anti-coagulant écrasé)

Changement de matériel

Le matériel utilisé pour écraser le médicament est-il nettoyé entre 2 résidents?

- Oui avec un chiffon ou : 95%
- Non : 5%
- Non observé : 0%

Pratiques

Si plusieurs médicaments, les médicaments sont-ils écrasés séparément?

- Oui : 44%
- Non : 56%

Combien de temps après son écrasement le médicament a-t-il été administré?

- ≤ 10 min après son écrasement (26)
- 10-20 min : 18%
- 20-30 min : 18%
- 30-40 min : 18%
- 40-50 min : 18%
- 50-60 min : 18%
- 60-70 min : 18%
- 70-80 min : 18%
- 80-90 min : 18%
- 90-100 min : 18%
- 100-110 min : 18%
- 110-120 min : 18%
- 120-130 min : 18%
- 130-140 min : 18%
- 140-150 min : 18%
- 150-160 min : 18%
- 160-170 min : 18%
- 170-180 min : 18%
- 180-190 min : 18%
- 190-200 min : 18%
- 200-210 min : 18%
- 210-220 min : 18%
- 220-230 min : 18%
- 230-240 min : 18%
- 240-250 min : 18%
- 250-260 min : 18%
- 260-270 min : 18%
- 270-280 min : 18%
- 280-290 min : 18%
- 290-300 min : 18%

5 médicaments sur 7 ont été mis dans un pot de gouttes, non étiquetés et non à l'abri de la lumière

Le médicament est-il administré par la même personne qui l'a écrasé?

- Oui (DE, AS ou aide) / 26 : 57%
- Non (IDE/AS/AI) / 18 : 41%
- Résident mange seul / 1 : 2%

Véhicule utilisé :

- 87% aliment (blédine, compote, purée)
- 9% eau gélifiée
- 2% eau
- 2% non observé

Discussion - Conclusion

Les résultats de l'enquête montrent que peu de médicaments « non écrasables » sont écrasés par rapport à d'autres établissements accueillant le même type de population. En revanche, des pratiques non conformes quant aux modalités de préparation (pas de protection, médicaments écrasés ensemble, même broyeur) ont été observées. Cette enquête a donc permis de dégager des axes d'amélioration :

- ✓ Rappel de la nécessité d'utiliser la liste des médicaments écrasables, présente dans le livret thérapeutique
- ✓ Rappel des pratiques sur les précautions standards auprès des équipes soignantes
- ✓ Rédaction d'un protocole d'écrasement des médicaments
- ✓ Achat de broyeurs de médicament (un par résident) pour tous les services
- ✓ Recommandation de l'utilisation d'un véhicule neutre pour l'administration (eau ou eau gélifiée)
- ✓ Sensibilisation en interne à destination des soignants sur les formes galéniques des médicaments (écrasables / pas écrasables et pourquoi)

Posters affichés dans les salles de soin

BONNES PRATIQUES D'ECRASEMENT

Règles des 5 B :

- Broyage
- Un broyeur par résident
- Nettoyage du broyeur
- Un broyeur par résident
- Broyage

Formes à ne pas écraser :

- Avec micro-granules enrobes
- Sublingual
- LP (longue pression)
- Gastro-résistant
- Multi-couches
- Indispersé

NE PAS ECRASER

Respect des précautions standards :

- Port de masque
- Port de gants
- Nettoyage des mains
- Nettoyage du matériel

Prépare et administre :

- 1 coupe-médicament par résident
- 1 broyeur par résident
- Aliment ou liquide neutre
- à seul à la fois

En pratique 5 consignes :

- Ecraser 1 médicament à la fois
- Ecraser et administrer en extemporané
- Qui écrase administre
- Nettoyer le matériel entre chaque utilisation
- 1 résident 1 broyeur

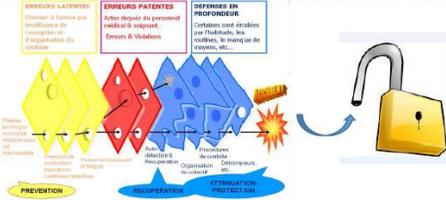
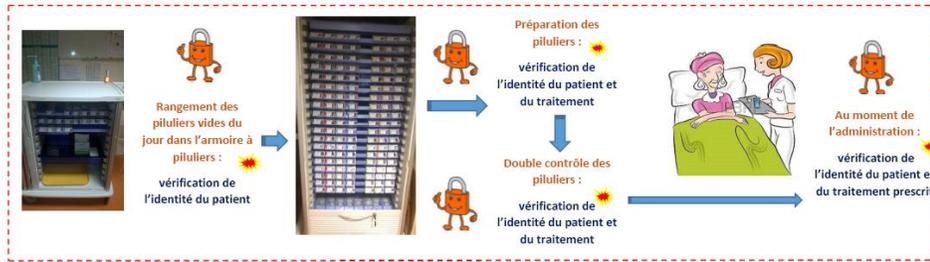


➤ Suite aux déclarations d'EI, des REMED ont été réalisées, des risques identifiés

Pour les risques les plus récurrents des groupes de travail pluridisciplinaire ont travaillé sur

- l'identito-vigilance
- les interruptions de tâches (mise en place d'un gilet orange)

Des affiches de retour d'expérience ont été diffusées dans les services de soin.



Défaillance de l'ensemble des barrières de sécurité :
Cela peut aussi vous arriver !



LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE :
ENSEMBLE, RESTONS VIGILANTS A CHAQUE ETAPE

Fiche retour El n°1 : Avril 2016

NE BANALISEZ-PAS LA DISTRIBUTION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la **règle des 5 B :**



- Restez concentré(e) sur votre tâche
- Assurez-vous que le patient/résident est présent au moment de la distribution
- Ne laissez pas de traitement médicamenteux à la vue des autres patients/résidents, sans surveillance



Les patients/résidents peuvent présenter des troubles du comportement :
NE SOUS-ESTIMEZ PAS LES RISQUES

OBSERVATION GLOBALE DE L'ENVIRONNEMENT NÉCESSAIRE À LA SÉCURISATION DE LA DISTRIBUTION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS



LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE :
ENSEMBLE, RESTONS VIGILANTS A CHAQUE ETAPE

Fiche retour El n°4 : Juin 2017

SOYEZ VIGILANTS
UNE ERREUR MÉDICAMENTEUSE,
COMPTE-TENU DE LA FRAGILITÉ DES RÉSIDENTS
PEUT ABOUTIR À DES CONSÉQUENCES TRÈS GRAVES

Pour éviter les interruptions de tâches, et limiter le risque d'erreur, portez le gilet orange :



- Lors de la préparation des piluliers
- Lors du double-contrôle des piluliers
- Lors de l'administration des médicaments



LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE :
ENSEMBLE, RESTONS VIGILANTS A CHAQUE ETAPE

Fiche retour El n°6 : décembre 2018

Une REMED a été aussi réalisée suite à un EI concernant un médicament à risque : anticoagulant.

Le groupe COMEDIMS a réalisé une affiche concernant les anticoagulants par voie orale.

Tous les piluliers des résidents sous anticoagulants sont identifiés.

Mesures mises en place sur le circuit du médicament pour les patients/résidents traités avec des ANTICOAGULANTS ORAUX = MEDICAMENTS A RISQUE

Alerte prescription

- ✓ Ordonnance papier : anticoagulant noté
- ✓ Prescription informatisée : alerte

Alerte dispensation

- ✓ Reconditionnement en $\frac{1}{4}$ et $\frac{1}{2}$ comprimés pour les antivitamine K
- ✓ Dispensation au service dans des sachets papier identifiés au nom du médicament

Alerte stockage

Les anticoagulants étant des médicaments à risque ils sont identifiés dans les armoires des services de soin

Chaque pilulier contenant un anticoagulant est identifié avec une étiquette et doit faire l'objet d'un double contrôle

Alerte administration

- ✓ Vérification de l'identité du patient/résident
- ✓ Respect du schéma posologique (souvent complexe)
- ✓ Respect de l'horaire de prise et de la dose
- ✓ Vérification des modalités de préparation
- ✓ Traçabilité de l'administration

Anti-vitamine K:
PREVICAN: Fluindione
COUMADINE: Warfarine
SINTRON: Acénocoumarol

Anticoagulants Oraux Directs (AOD):
PRADAXA: Dabigatran
XARELTO: Rivaroxaban
ELIQUIS: Apixaban

Bonnes pratiques d'administration

- Ne pas ouvrir les gélules de PRADAXA
- COUMADINE, XARELTO et ELIQUIS écrasables
- PREVICAN et SINTRON : non écrasables (exceptionnel : si le patient/résident présente des troubles majeurs de la déglutition)

Pour Les signes de surdosage cliniques : voir livret « Never Events »



Les risques liés aussi à la prise de médicaments la nuit

Les effectifs soignants sont moindre en médico-social :2 IDE présentes pour l'ensemble de l'établissement

Elles doivent gérer la prise de médicaments sur l'USLD et travailler en collaboration avec les AS pour l'EHPAD.

Il y a toujours

- Un médecin d'astreinte
- Il existe des protocoles pour les médicaments administrés.



☐ Une réalité qui doit être prise en compte en EHPAD

La préparation et l'administration ce sont :

- **Du temps** (plus d'étapes dans la préparation et l'administration que dans les établissements sanitaires)
- **De la vigilance**
- **De la patience et de la négociation** (intérêt de bien connaître le résident)
- **Des connaissances**

La nécessité d'avoir une formation avec habilitation à la fois sur le médicament, sur les troubles de la déglutition (AS)

- **Des risques**



MERCI DE VOTRE ATTENTION



APPORTS DU PHARMACIEN DANS LE PARCOURS DE SOINS DES ÂÎNÉS

Sophie Armand-Branger
Laurence Spiesser-Robelet



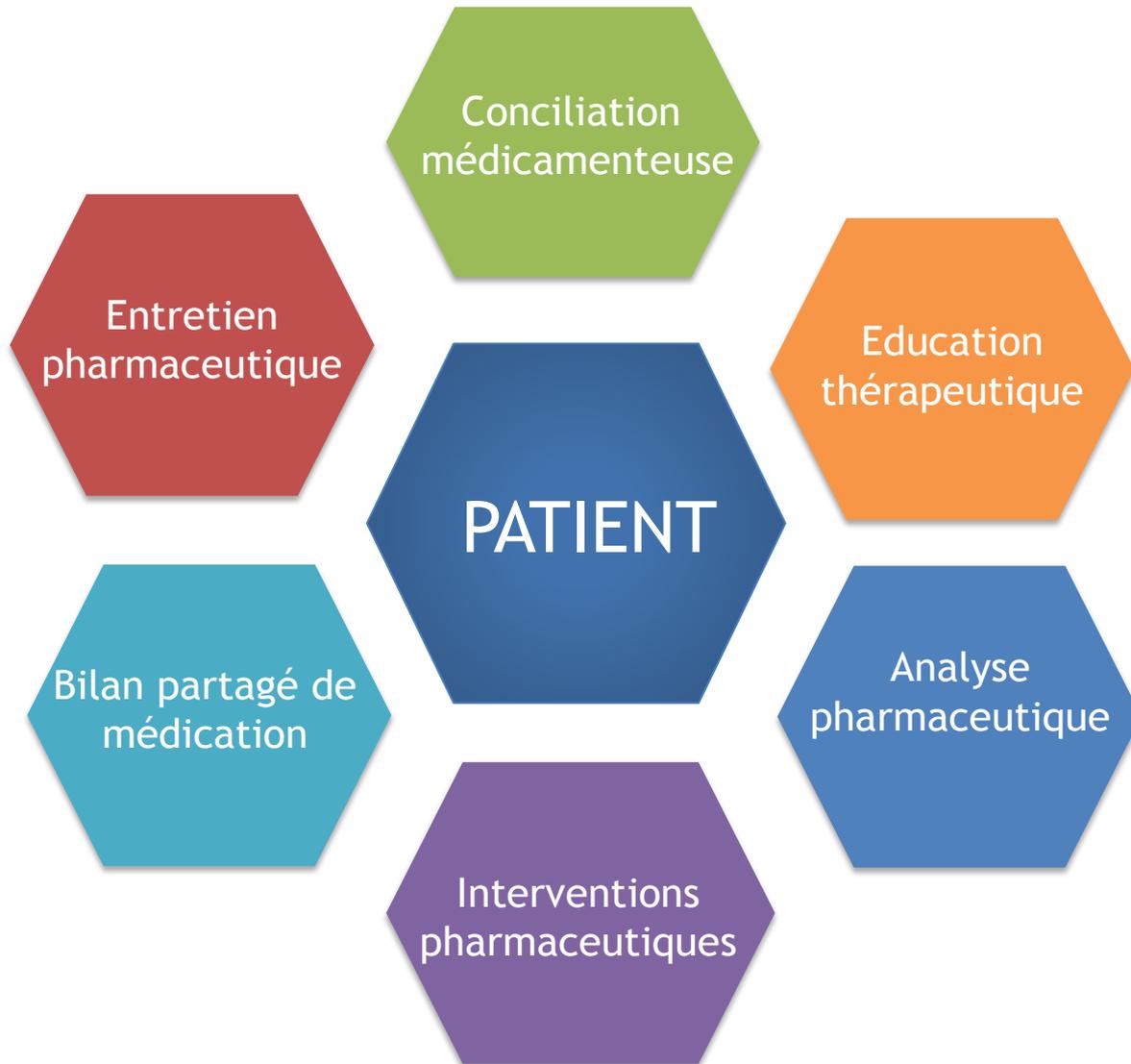
Définition

Société française de pharmacie clinique (SFPC)

« La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins.

Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce, en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »

Pharmacie Clinique : quels actes?



Madame Danièle R, 73 ans en janvier 2016

PATHOLOGIES

- Fibrillation auriculaire
- HTA
- Ostéoporose
- Gonarthrose
- ATCD de douleurs épigastriques

TRAITEMENT HABITUEL

- fluindione (Previscan): 5 mg le matin
- perindopril (Coversyl) 5 mg : 1 cp matin
- oméprazole (Mopral) 20 mg : 1 cp le soir
- calcium (Calcidose) 500mg : 2 sachets le matin
- vitamine D (Zyma D) 10 000 UI/mL: 3 gouttes/j

MODE DE VIE

Madame R, est veuve et vie seule à domicile (appartement). Présence d'une aide à domicile 3 fois/semaine. Sa fille habite à proximité et vient la voir régulièrement.



Mme R veut comprendre l'intérêt de la surveillance de sa Fluindione.

Son pharmacien lui propose un entretien pharmaceutique.



Entretien pharmaceutique ciblé AVK

Dispositif d'accompagnement par le pharmaciens des patients ayant un traitement chronique

- AVK
- AOD
- Antiasthmatiques
- Anticancéreux oraux (2020)

Objectifs

- Garantir les conditions d'initiation, suivi, observance et évaluation du traitement
- Renforcer les rôles de conseil, éducation, prévention des pharmaciens

Patients éligibles

- Patients majeurs, sous traitement pour une durée > 6 mois

Étapes

1. Entretien d'évaluation : adhésion, définition des axes d'accompagnement
2. Entretiens thématiques (2 au moins /an)

Un patient bien et justement formé est un patient plus observant





ENTRETIEN D'ÉVALUATION



Objectifs de l'entretien :

- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Évaluer l'appropriation du traitement et son observance par le patient.
- Définir le programme d'entretiens thématiques nécessaire au patient et lui expliquer son déroulement.



Pour commencer l'entretien d'évaluation :

1. Cliquez ici pour visualiser le formulaire.
2. Enregistrez le formulaire sur votre bureau.
3. Remplissez-le avec votre patient et enregistrez-le à son nom.
4. Créer un dossier au nom de votre patient dans lequel vous y rangerez le formulaire.

■ Thèmes d'évaluation :

- ➔ Principes du traitement AVK
- ➔ Surveillance biologique du ttt
- ➔ Signes évocateurs d'un surdosage
- ➔ Autres médicaments (CI)
- ➔ Alimentation
- ➔ Professionnels de santé

■ Entretiens thématiques :

- ➔ Surveillance biologique
- ➔ Observance
- ➔ Effets du traitement
- ➔ Vie quotidienne et alimentation

Madame Danièle R, 76 ans en janvier 2019



- Mme R est orientée par son généraliste vers un neurologue qui lui diagnostique une **maladie de Parkinson**.
- Après plusieurs mois de traitements la pathologie est stabilisée avec:
 - Stalevo 175/43,75/200mg : 1 cp à 11H, 17H et 20H
 - Stalevo 200/50/200mg : 1 cp 8H, 11H, 17H, 20H
 - Modopar 125mg dispersible : 1 cp matin, midi, soir
 - fluindione (Previscan): 5 mg le matin
 - perindopril 5 mg (Coversyl): 1 cp matin
 - oméprazole 20 mg : 1 cp le soir
 - calcium (Calcidose) 500mg: 2 sachets le matin
 - vitamine D (Zyma D) 10 000 UI/mL: 3 gouttes par jour



Suite à ces modifications de traitement le pharmacien de Mme R lui propose un Bilan Partagé de Médication (BPM)

Bilan partagé de médication ?

■ Analyse critique structurée des médicaments du patient

→ Par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement

■ Objectifs

→ Diminution iatrogénie, améliorer l'adhésion du patient et réduire le gaspillage de médicaments

■ Patients éligibles

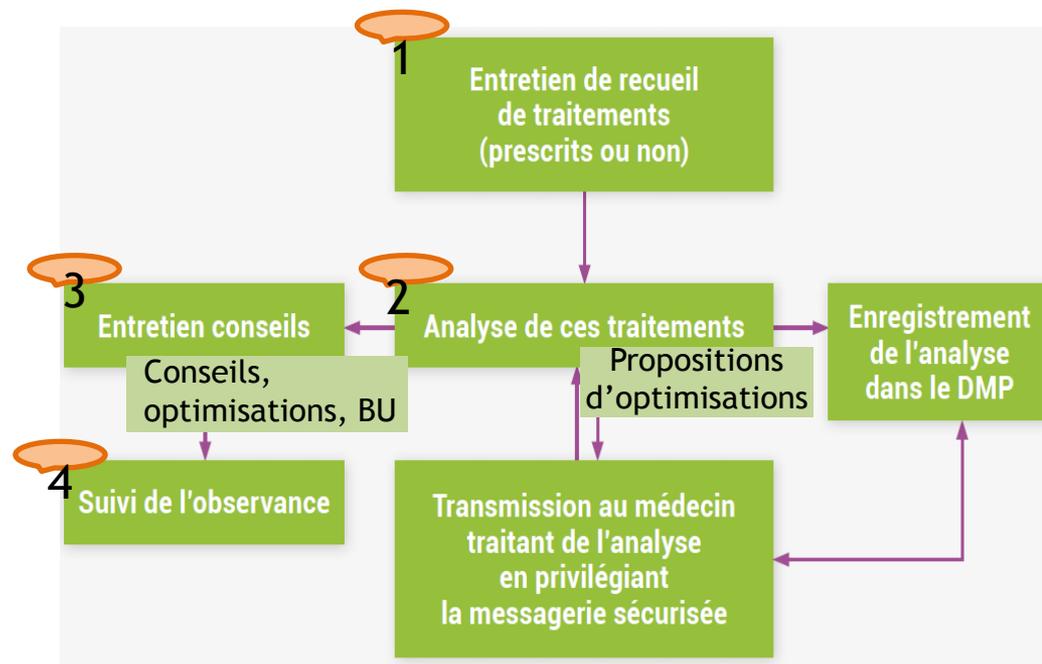
→ ≥65 ans atteints d'une ALD, traités par au moins 5 médicaments ≥ 6 mois

→ ≥ 75 ans, traités par au moins 5 médicaments différents ≥ 6 mois

■ Rémunération

→ Des pharmaciens par l'assurance maladie

■ 4 Etapes

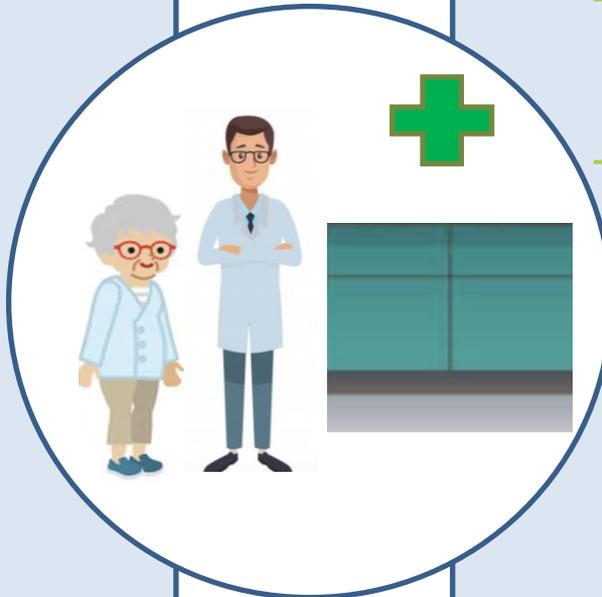




Lors de l'entretien de recueil des informations

Mme R évoque

- Être anxieuse et mal dormir
- Être gênée par des problèmes de constipation
- Avoir des difficultés à l'administration du Zyma D gouttes avec ses tremblements
- Ne pas savoir pourquoi elle prend l'omeprazole



Le pharmacien

- Conseille Mme R sur les règles hygiéno-diététiques sommeil et constipation.
- Transmet ses préconisations au médecin traitant:
 - Passage de la vitamine D en ampoules trimestrielles
 - Arrêt oméprazole (diminution progressive)
 - Informe des troubles du sommeil de l'anxiété, constipation

Bilan partagé médication

■ Suite aux préconisations du pharmacien, le traitement devient

- Stalevo 175/43,75/200mg : 1 cp à 11H, 17H et 20H
- Stalevo 200/50/200mg : 1 cp 8H, 11H, 17H, 20H
- Modopar 125mg dispersible : 1 cp matin, midi, soir
- fluindione (Previscan) 20 mg cp: 5 mg le matin
- perindopril 5 mg (Coversyl): 1 cp matin
- ~~oméprazole 20 mg : 1 cp le soir~~
- calcium 500 mg: 2 sachets le matin
- vitamine D 100 000 UI : 1 ampoule tous les 3 mois
- macrogol (Transipeg) 5,9g : 2 sachets le matin
- zopiclone 7,5 mg: 1 cp au coucher

■ Orientation de la patiente vers un psychiatre pour la prise en charge de son anxiété

- paroxétine 20mg, 1 cp le soir

15 jours plus tard...



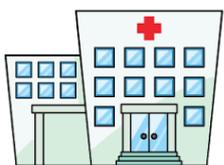
- Mme R est hospitalisée aux urgences pour syndrome confusionnel sur fécalome
- Le traitement à l'admission est prescrit selon la dernière ordonnance du généraliste apportée par sa fille
 - Stalevo 175/43,75/200mg : 1 cp à 11H, 17H et 20H
 - Stalevo 200/50/200mg : 1 cp 8H, 11H, 17H, 20H
 - Modopar 125mg dispersible : 1 cp matin, midi, soir
 - fluindione 20mg: 5 mg le matin
 - perindopril 5 mg :1 cp matin
 - transipeg : 2 sachets le matin
 - zopiclone: 7,5 mg: 1 cp au coucher



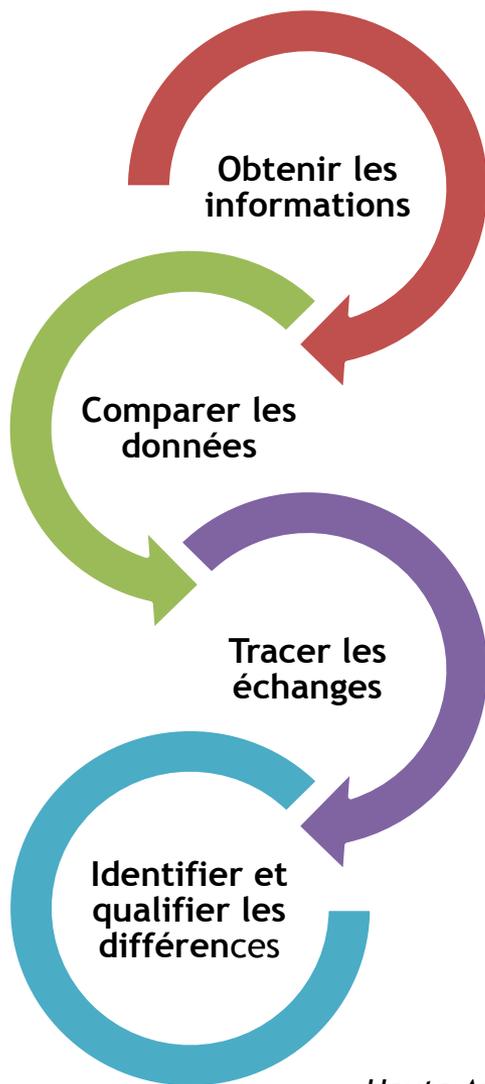
Le pharmacien dans le service de Gériatrie réalise la conciliation médicamenteuse d'entrée



Mme R est transférée en Gériatrie



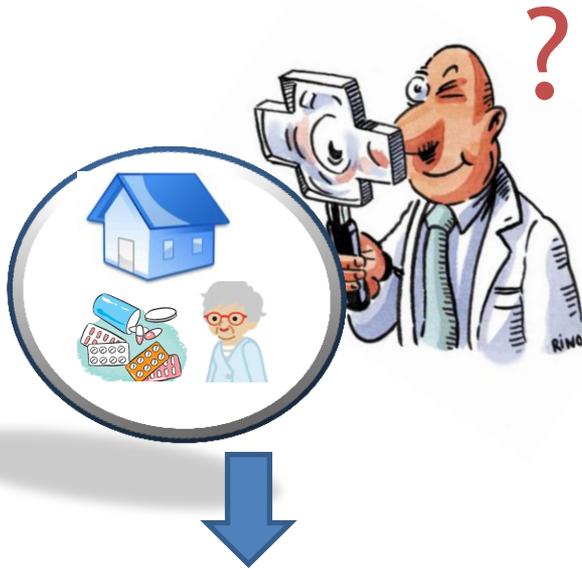
Conciliation médicamenteuse



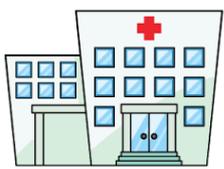
- **Processus formalisé** qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient
- **Associe le patient** et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle
- **Prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses**

Conciliation médicamenteuse d'entrée

Le pharmacien réalise le bilan médicamenteux de Mme R



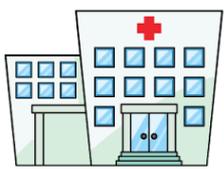
Médicaments pris à domicile	Sources
Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h	Ordonnance MT, PH OFF, Sac Med
Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	
Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir	
fluindione: 5 mg le matin	
perindopril 5 mg:1 cp, matin	
zopiclone 7,5mg : 1 cp, soir	
macrogol : 2 sach, matin	
calcium 500 mg:2 sach, matin	Fille et sac med
vitamine D 100 000 UI : 1 amp tous les 3 mois	
ibuprofène 200mg cp: 400mg midi	
paroxetine 20mg cp: 20mg, matin	PH OFF



Conciliation médicamenteuse d'entrée

Le pharmacien confronte le bilan médicamenteux à la prescription de Gériatrie

Médicaments pris au domicile	Médicaments prescrits en Gériatrie	Statut	Commentaires
Stalevo 175 :1cp 11, 17, 20h	Stalevo 175:1cp 11, 17, 20h	Continué	
Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	Stalevo 200:1cp 8,11,17,20 h	Continué	
Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir	Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir	Continué	
fluindione 20mg: 5 mg matin	fluindione 20mg: 5 mg matin	Continué	
perindopril 5 mg:1 cp, matin	ramipril 1,25mg :1cp matin	Substitué	Adaptation au livret
zopiclone 7,5mg : 1 cp, soir	zopiclone 3,25mg :1cp, soir	Modifié	Adaptation au sujet âgé
Macrogol 5,9g :2 sach, matin	Macrogol 5,9g :2 sach, matin	Continué	Non pris à domicile, goût non supporté selon fille
calcium 500 mg:2 sach, matin		Non prescrit	
vitamine D 100000UI:1 amp/3 mois		Non prescrit	
ibuprofène 200mg cp: 2cp midi		Automédication	Douleurs gonarthrose, donné par la fille
paroxetine 20mg cp: 2cp matin		Non prescrit	Ordonnance psychiatre transmise par pharm d'off

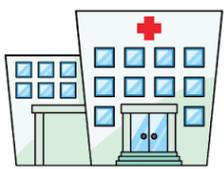


Conciliation médicamenteuse d'entrée

Lors de l'entretien médecin-pharmacien, le pharmacien

- Informe de la prescription de paroxétine et propose son remplacement par mirtazapine
- Informe de l'automédication par ibuprofène et propose paracétamol
- Informe de l'inobservance au macrogol en lien avec le goût du médicament et propose lactulose
- Demande la confirmation de la suspension calcium et vitamine D au cours de l'hospitalisation



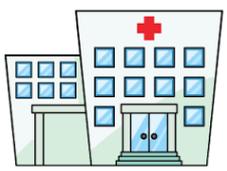


Madame R, 7 jours plus tard va sortir de Gériatrie

■ Le pharmacien réalise la conciliation de sortie

Médicaments pris au domicile avant l'hospitalisation	Médicaments en fin d'hospitalisation en Gériatrie	Prescription de sortie
Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h	Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h	Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h
Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h
Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir	Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir	Modopar 125mg disp : 1 cp matin, midi, soir
fluindione 20 mg: 5mg le matin	fluindione 20mg: 5 mg le matin	fluindione: 5 mg le matin
perindopril 5 mg:1 cp, matin	ramipril 1,25mg cp:1 cp matin	ramipril 1,25mg cp:1,25mg matin
zopiclone 7,5mg : 1 cp, soir		
macrogol : 2 sach, matin	lactulose: 2 sach, matin	lactulose: 2 sach, matin
calcium 500 mg:2 sach, matin		
vitamine D 100 000 UI: 1amp/3 mois		
ibuprofène 200mg cp: 400mg midi	paracetamol 1g si douleurs, max 3 g/j	paracetamol 1g si douleurs, max 3 g/j
paroxetine 20mg cp: 20mg, matin	mirtazapine 15mg cp: 1 cp matin	mirtazapine 15mg cp: 1 cp matin

Conciliation de sortie

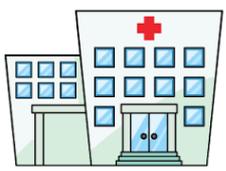


Lors de l'entretien médecin-pharmacien, le pharmacien informe

- De la nécessité de prescrire perindopril au lieu de ramipril
- De la nécessité de prescrire calcium et vitamine D



Conciliation de sortie



Le pharmacien réalise le bilan médicamenteux de sortie qu'il transmet au pharmacien d'officine et au médecin traitant

Médicaments avant hospitalisation	Prescription de sortie	Justifications
Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h	Stalevo 175: 1cp 11, 17, 20h	
Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	Stalevo 200:1cp 8,11,17, 20 h	
Modopar 125mg disp:1cp matin,midi, soir	Modopar 125mg disp:1cp matin,midi, soir	
fluindione: 5 mg le matin	fluindione: 5 mg le matin	
perindopril 5 mg:1 cp, matin	perindopril 5 mg:1 cp, matin	
zopiclone 7,5mg : 1 cp, soir		Sevrage pendant l'hospitalisation, absence de trouble du sommeil sous mirtazapine
macrogol : 2 sach, matin	lactulose: 2 sach, matin	Macrogol non pris à domicile, goût non supporté
calcium 500 mg:2 sach, matin	calcium 500 mg:2 sach, matin	
vitamine D 100 000 UI, 1 amp/3mois	vitamine D 100 000 UI, 1 amp/3mois	
ibuprofène 200mg cp: 400mg midi	paracetamol 1g si douleurs, max 3 g/j	Adaptation au sujet âgé
paroxetine 20mg cp: 20mg, matin	mirtazapine 15mg cp: 15mg matin	Mirtazapine antidépresseur anxiolytique non anticholinergique

Entretien de sortie avec Mme R



Quels messages faire passer aux patients?

- Explication orale de l'ordonnance de sortie
- Au patient +/- aux aidants
- Info écrite : plan de prise
- Possible entretien ciblé par la molécule ou indication

S'assurer de la compréhension des informations par le patient

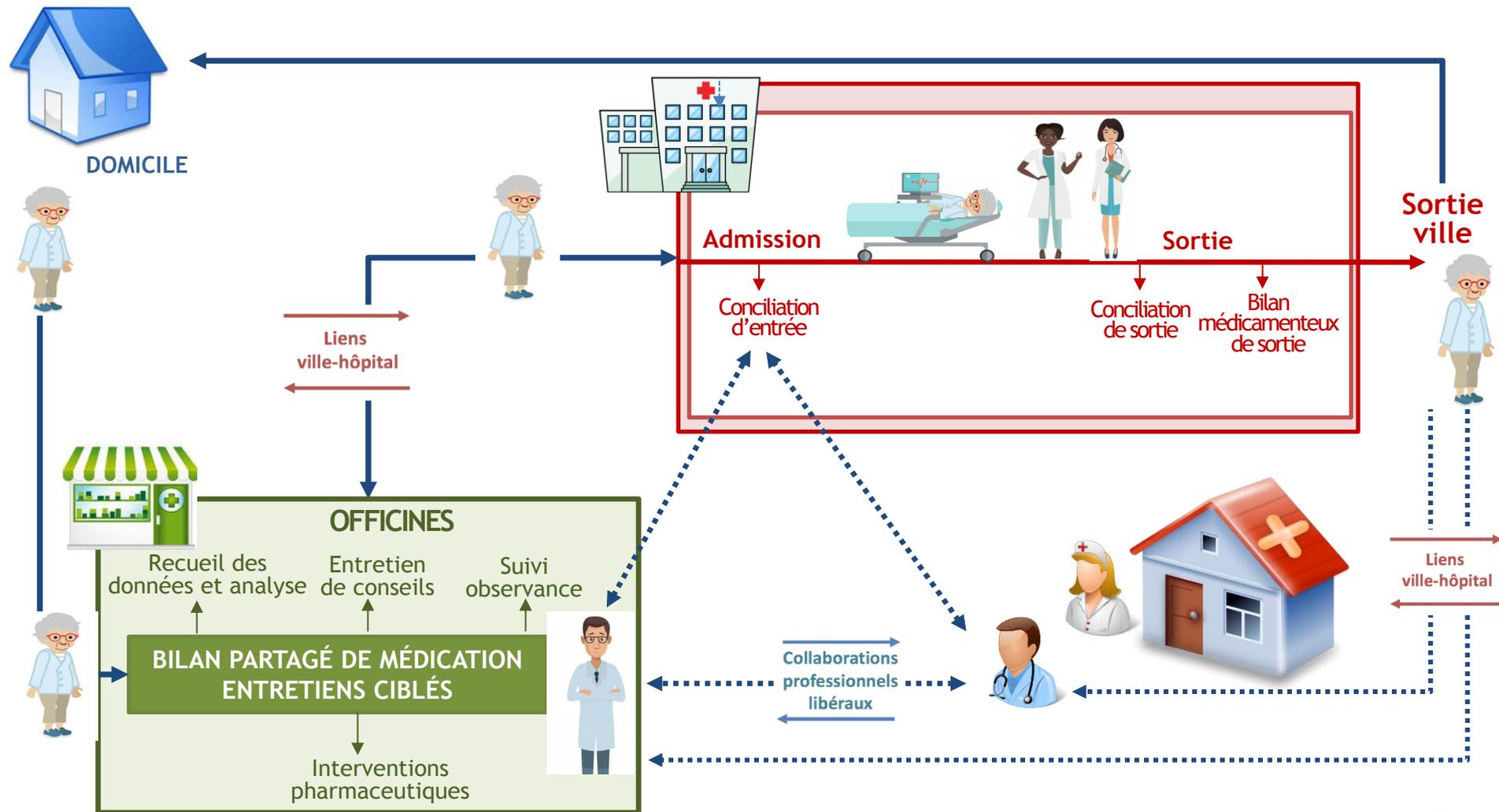
- Questions ouvertes
- Reformulation, etc...



Le pharmacien

- Explique les modifications de traitement
- Conseille sur les règles hygiéno-diététiques sommeil et constipation
- Informe sur la gestion de la douleur (paracétamol versus ibuprofène)
- S'assure de la bonne gestion des médicaments au domicile

Conclusion





Merci de votre attention



La lettre de liaison

« Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :....

..... **Traitements prescrits à la sortie** de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et **ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement**, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement »

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

NOR: AFSH1612283D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-995/jo/texte>

Publics concernés : professionnels de santé, établissements de santé.

Objet : contenu et modalités de transmission de la lettre de liaison.

Entrée en vigueur : les dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

Notice : le présent décret a pour objet de préciser le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison. Il précise le contenu attendu d'une lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de la lettre de liaison à la sortie de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient.

Références : le décret est pris pour l'application de [l'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du [code de la santé publique](#) modifiées par le présent décret peuvent être consultées dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>).

2. Bilan médicamenteux à la sortie

- **Quelles informations transmettre aux professionnels de santé?**
 - Toutes modifications de traitement intervenues suite à l'hospitalisation: arrêts, modifications, nouveaux traitements
 - Justification de chaque modification
 - Éléments de surveillance
- **Pourquoi ?**
 - Éviter les erreurs médicamenteuses suite à l'hospitalisation
 - Permettre aux professionnels de ville de comprendre les orientations prises
- **À qui transmettre ?**
 - Médecin traitant, Pharmacien d'officine, IDE, Spécialistes
- **Comment transmettre?**
 - Document formalisé
 - Par messagerie sécurisée, par l'intermédiaire du patient, par courrier

3. Entretien patient en fin d'hospitalisation

■ Quels messages faire passer aux patients?

- Explication orale de l'ordonnance de sortie
- Au patient +/- aux aidants
- Information écrite : plan de prise
- Possible entretien ciblé par la molécule ou indication (cœur, HTA, poumon, BPCO...)

■ S'assurer de la compréhension des informations par le patient

- Questions ouvertes
- Reformulation, etc...

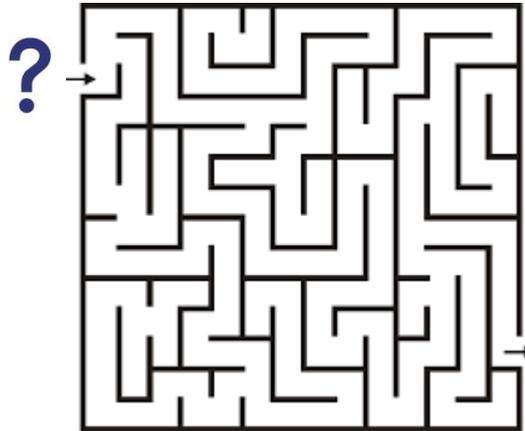
Si on récapitule :

Problématiques



Exercice Hospitalier

Connaître
l'exhaustivité des
traitements
médicamenteux pris
par le patient avant
l'hospitalisation



Exercice Libéral

Connaître les
modifications de
traitement qui ont été
faites pendant
l'hospitalisation
et leur raison

OBJECTIFS

Garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins

C'est-à-dire en pratique : Favoriser la transmission d'informations

Donc la collaboration ville-hôpital



Conciliation à l'admission ou à la sortie ?

- Dépend de la problématique et du service choisi
 - Chirurgie : intérêt à l'admission
 - Gériatrie : intérêt lors du retour à domicile des patients
 - **S'adapter au besoin exprimé par le service**
- Conciliation à la sortie :
 - nécessité d'être en possession des informations recueillies lors de l'admission
 - plus difficile à mettre en œuvre nécessite une bonne coordination avec l'équipe médicale

Quoi prioriser ?

- Reprise des spécialités habituelles
- Argumentation de l'arrêt et/ou de l'introduction de nouvelles molécules (pour + d'adhésion du médecin traitant)
- Erreurs posologiques, de schémas ou de durée (AOD, antibiotiques...)
- Surveillance biologique (médicaments à marge thérapeutique étroite)
- Incompatibilités avec l'ambulatoire (coût, réserve hospitalière)



**DEPRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE
ET APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE
du Sujet Vieillissant Agé**

Angers 17/10/ 2019

PREAMBULE

**Déprescrire des psychotropes
Ce n'est pas que retirer**

A stone castle with multiple towers and a formal garden in the foreground. The castle is built of grey stone with several cylindrical towers. The garden is green with circular paths and flower beds. The sky is blue.

**La mauvaise observance,
les incompréhensions,
la violence subie**

Par le Sujet Vieillissant Agé

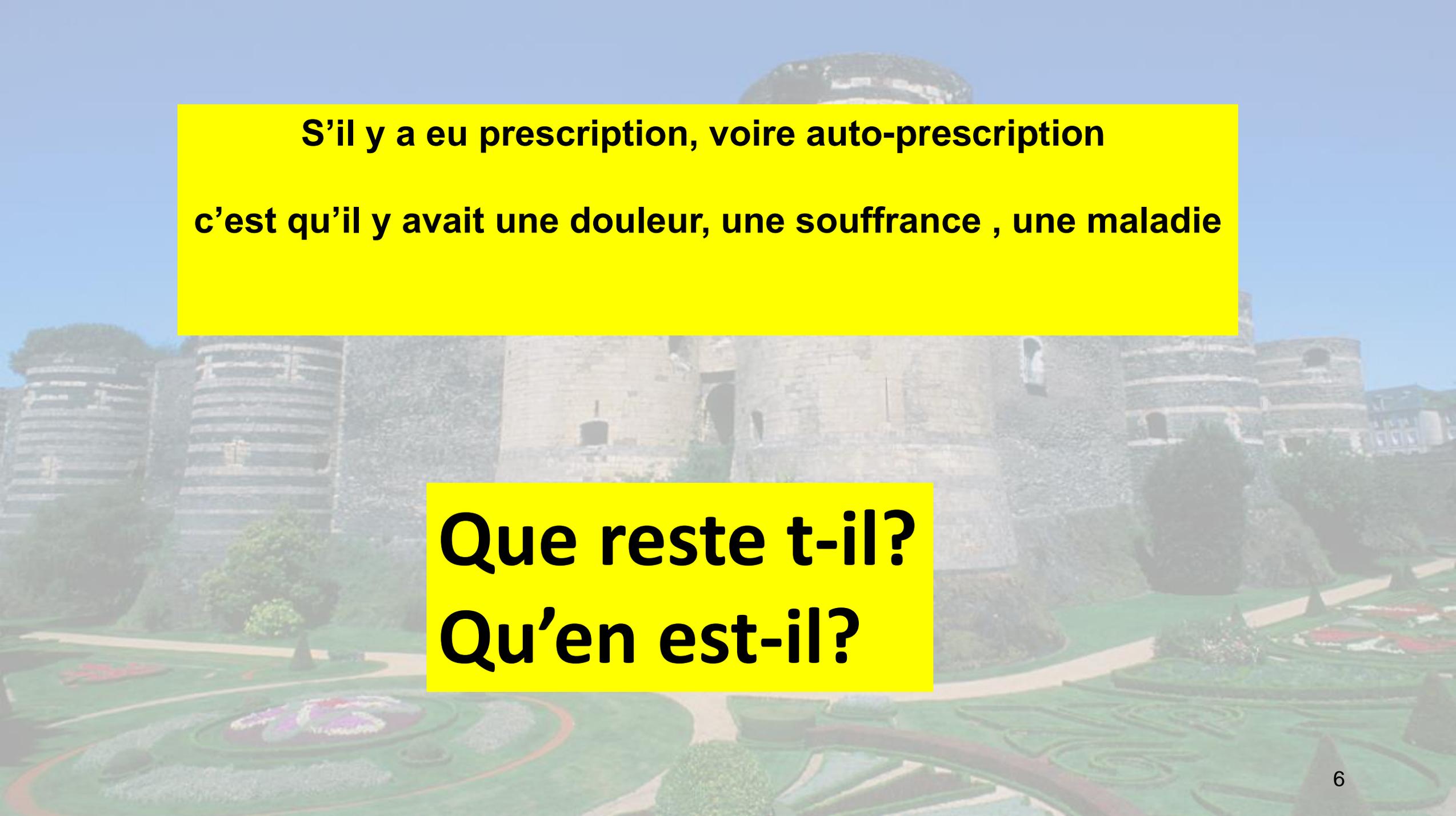
A large, multi-towered stone castle with a well-manicured garden in the foreground. The castle has several cylindrical towers with arched windows and doorways. The garden features circular paths, manicured hedges, and colorful flower beds. The sky is clear and blue.

Polymédicalisation si + de 5 médicaments= risque iatrogène

Prescription Médicale inappropriée



**Le médicament est investi comme une barrière entre
le Sujet Vieillissant Agé
et la mort**



**S'il y a eu prescription, voire auto-prescription
c'est qu'il y avait une douleur, une souffrance , une maladie**

**Que reste t-il?
Qu'en est-il?**

PLAN

I-Repérage de la place de chacun

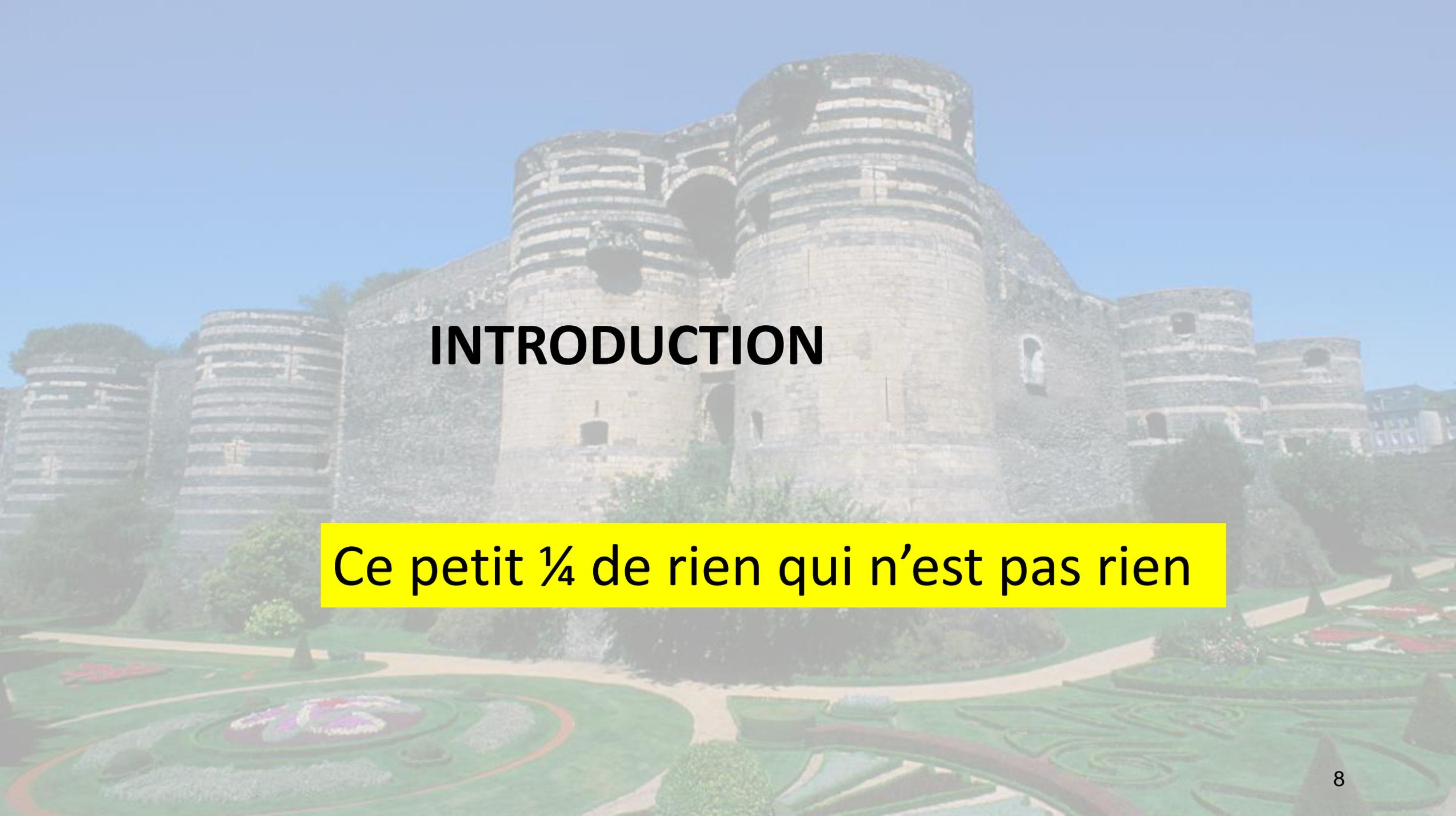
II- Choix d'un positionnement théorique

III-Parler en son nom propre

IV- Ma compréhension actuelle

V- Exemples cliniques

VI- La « disputation »

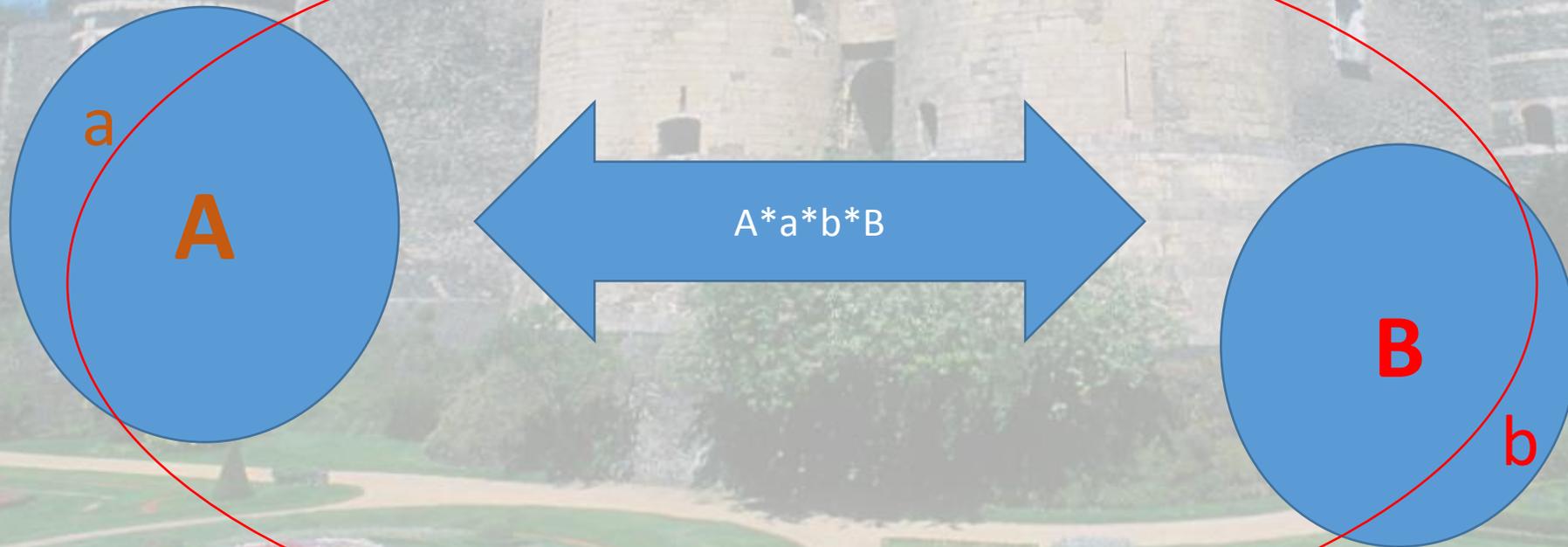
A large, multi-towered stone castle with a well-manicured garden in the foreground. The castle features several cylindrical towers with arched windows and doorways. The garden is lush green with various flower beds and paths. The sky is clear and blue.

INTRODUCTION

Ce petit $\frac{1}{4}$ de rien qui n'est pas rien

I- Le repérage de la place de chacun

ambiance



Il y a plusieurs discours

I- Le discours du Maître, du Sachant

-qui renvoie à un pouvoir qui n'est pas l'autorité

application

II- Le discours de l'Universitaire

-qui explique, essaie de convaincre, de persuader par un savoir éclectique

éducation thérapeutique

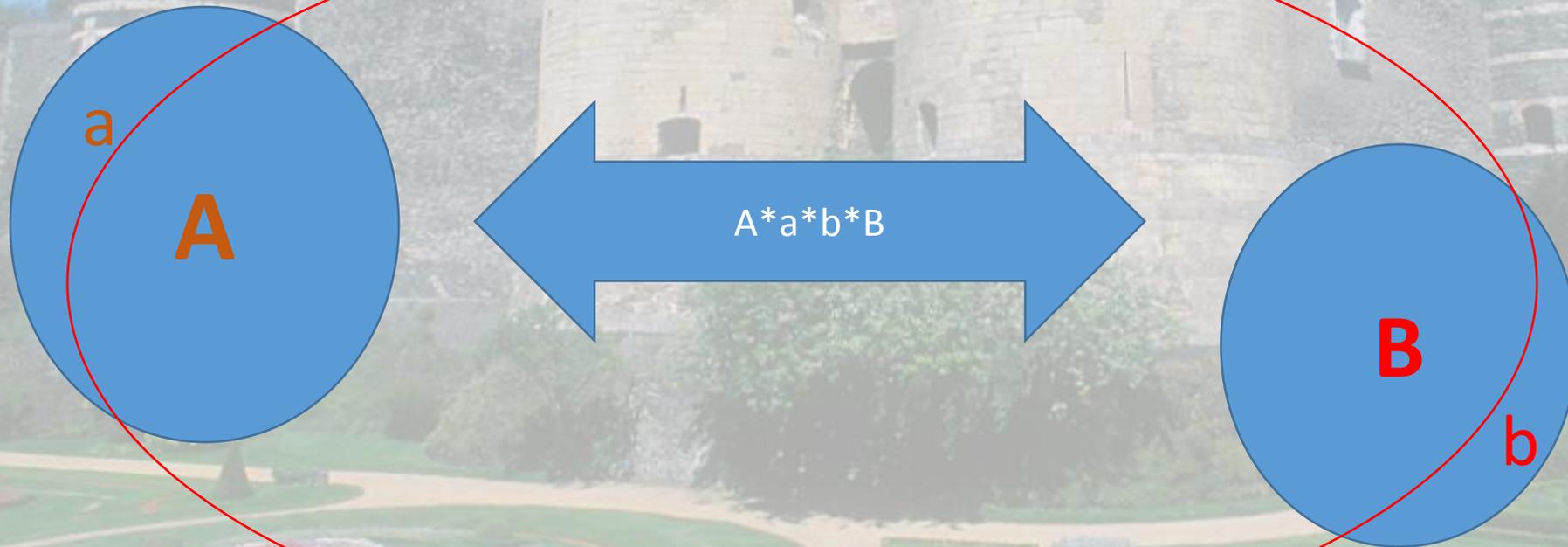
III- Le discours dit « hystérique »

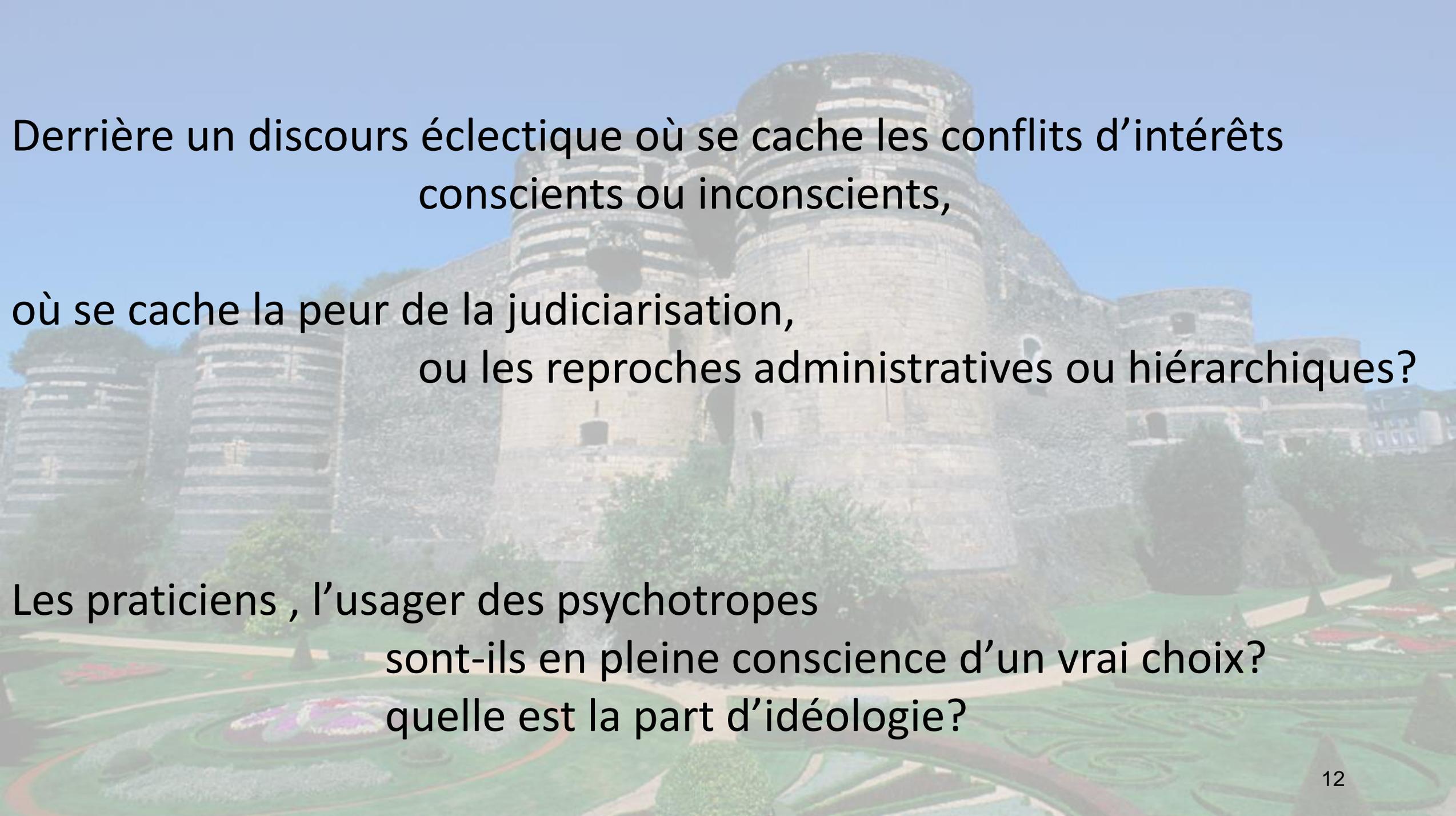
-qui accompagne le SVA et/ou le praticien

**la déprescription thérapeutique consentie qui fait
autorité**

I- Le repérage de la place de chacun

ambiance





Derrière un discours éclectique où se cache les conflits d'intérêts
conscients ou inconscients,
où se cache la peur de la judiciarisation,
ou les reproches administratives ou hiérarchiques?

Les praticiens , l'usager des psychotropes
sont-ils en pleine conscience d'un vrai choix?
quelle est la part d'idéologie?

II- Choix d'un positionnement théorique

« Le vieillissement psychique commence au moment où le fantasme d'éternité rencontre une limite jusque-là ignorée par la libido ». G. Le Gouès

L'approche psychodynamique est une des approches possibles

d'accompagnements et de soins pour les SVA actuels après « appréciation de la capacité d'investissement restante ».

Repères théoriques

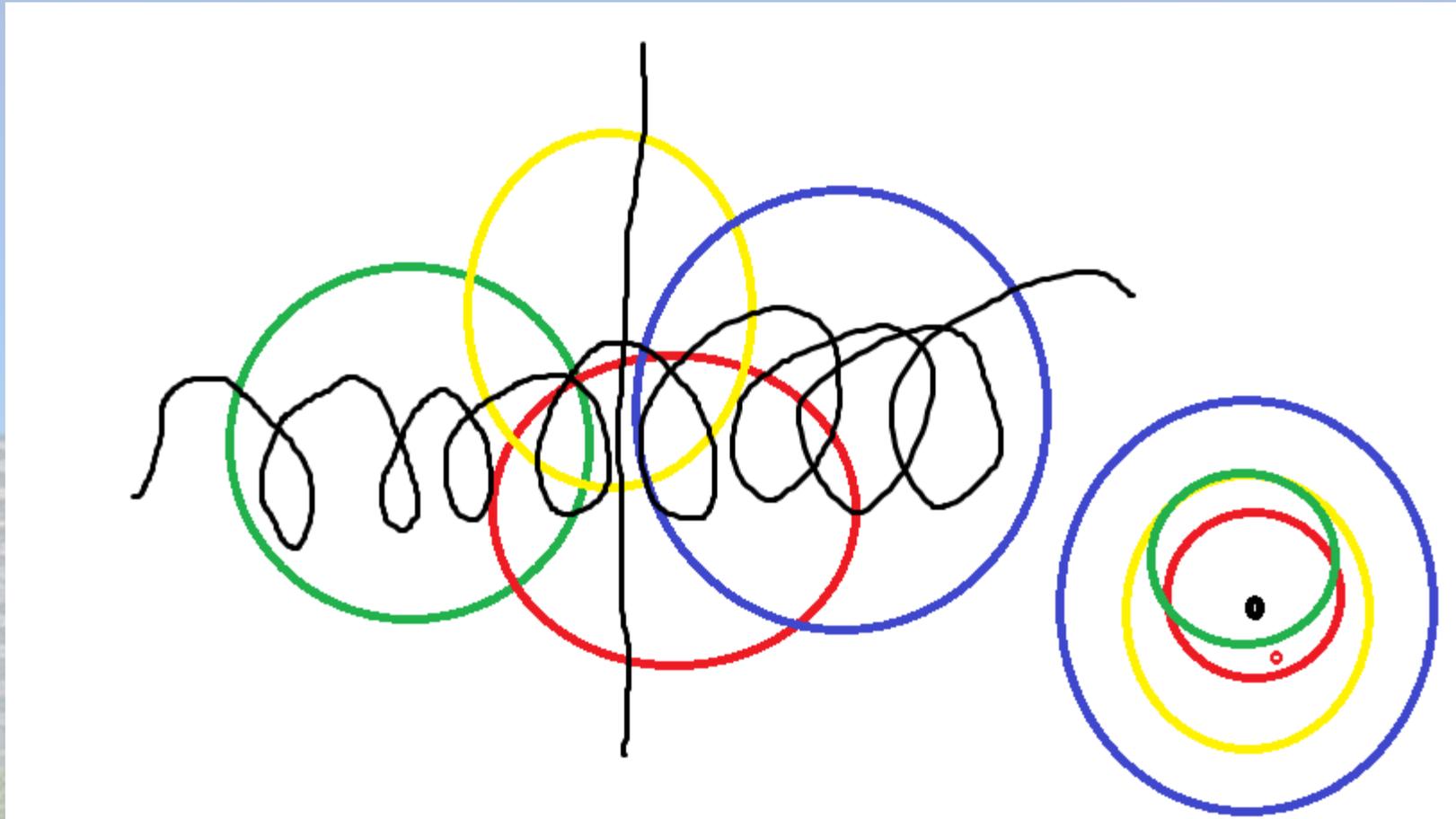
« Si le désir n'a pas d'âge,
les moyens de sa réalisation en ont un »

Bien vieillir, c'est repérer
ce qui est immortel en moi

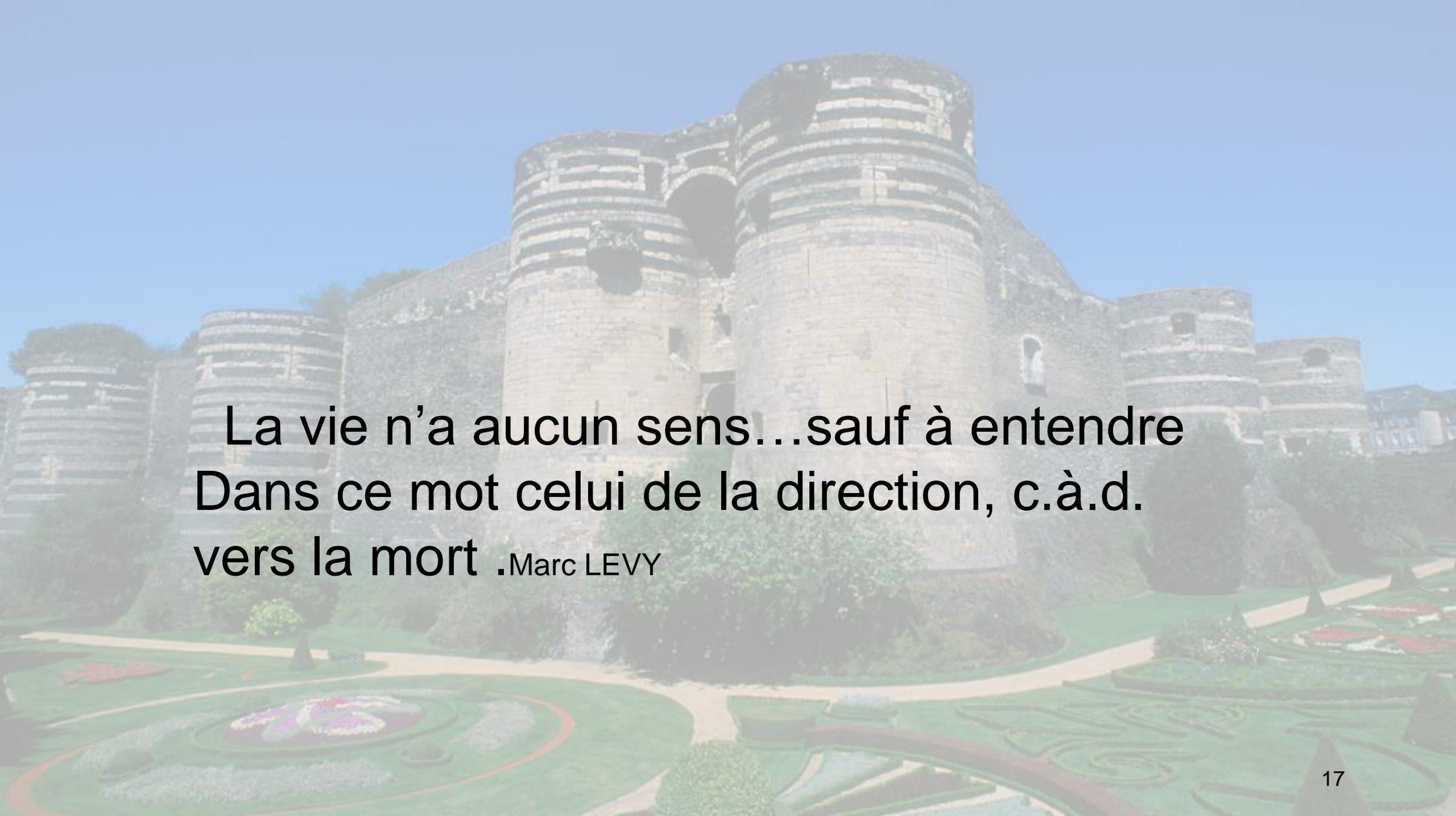
Le droit de « mal vieillir »: préserver l'indépendance et
le droit à la dépendance



Les patients veulent des médecins qui les écoutent
et les considèrent comme des **S**ujets
à soigner et non pas comme des objets à réparer



Le Sujet Vieillissant est un Sujet temporaire

A large, multi-towered stone castle with a well-manicured garden in the foreground. The castle features several cylindrical towers with arched windows and doorways. The garden is lush green with various plants and a winding path. The sky is clear and blue.

La vie n'a aucun sens...sauf à entendre
Dans ce mot celui de la direction, c.à.d.
vers la mort .Marc LEVY

Vivre mourant ou mourir vivant ?

ou

Comment se positionner devant l'altération du narcissisme devant des critères adultomorphiques qui devraient être revus (déclin versus enclin)

L'approche globale classique en gérontologie est d'autant plus importante que le Sujet est fragilisé et est devenu vulnérable

A large, multi-towered stone castle with a courtyard featuring manicured gardens and a central fountain. The castle has several cylindrical towers with arched windows and a central entrance. The courtyard is filled with green lawns, circular flower beds, and a central fountain. The sky is clear and blue.

III- Parler en son nom propre

SA SIGNATURE

Message subliminal

The background of the slide features a large, ancient stone building with a prominent face-like facade, possibly a temple or a historical monument. The building has multiple levels and arches. In the foreground, there is a well-manicured garden with various topiary plants, including a large, rounded bush and several smaller, conical trees. The sky is clear and blue.

Montrer la spécificité d'une pratique :

La gérontopsypraxie par une lecture
psychodynamique pour un psychiatre de libre
pratique

Message subliminal

Ce que je crains :

Que les dossiers informatiques soient plus soignés
que les patients , les usagers,,,,
Que les humains

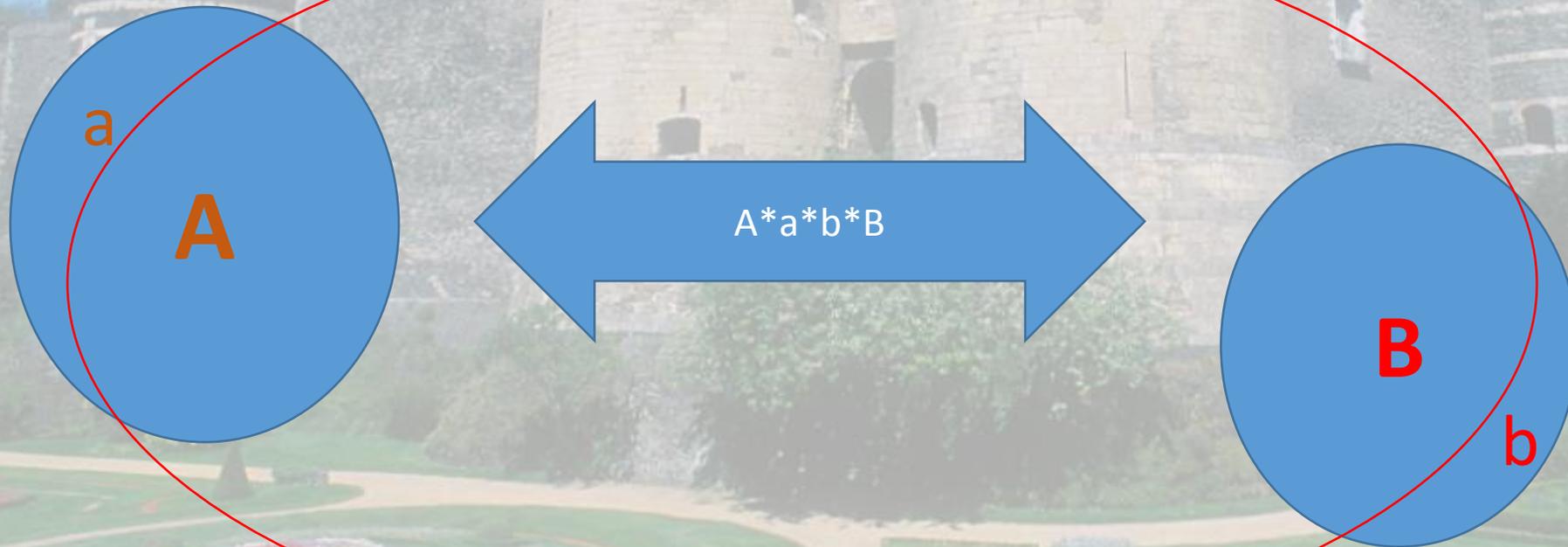
Ce choix d'un positionnement théorique

Indispensable pour la gestion du lien à l'Autre,
les posture transférentielles et contre-transférentielles

Indispensable dans le respect du Sujet dans ses défaillances et son potentiel

I- Le repérage de la place de chacun

ambiance



Préciser notre appartenance clinique...

- La gérontopsychiatrie est une clinique appréhendée par un psychiatre placé essentiellement du côté de la rencontre par l'écoute.
- La psychogériatrie est une clinique lue et abordée par un médecin somaticien ou par un autre professionnel de santé.

Depuis 1981 j'ai pris le parti de considérer l'âge comme un

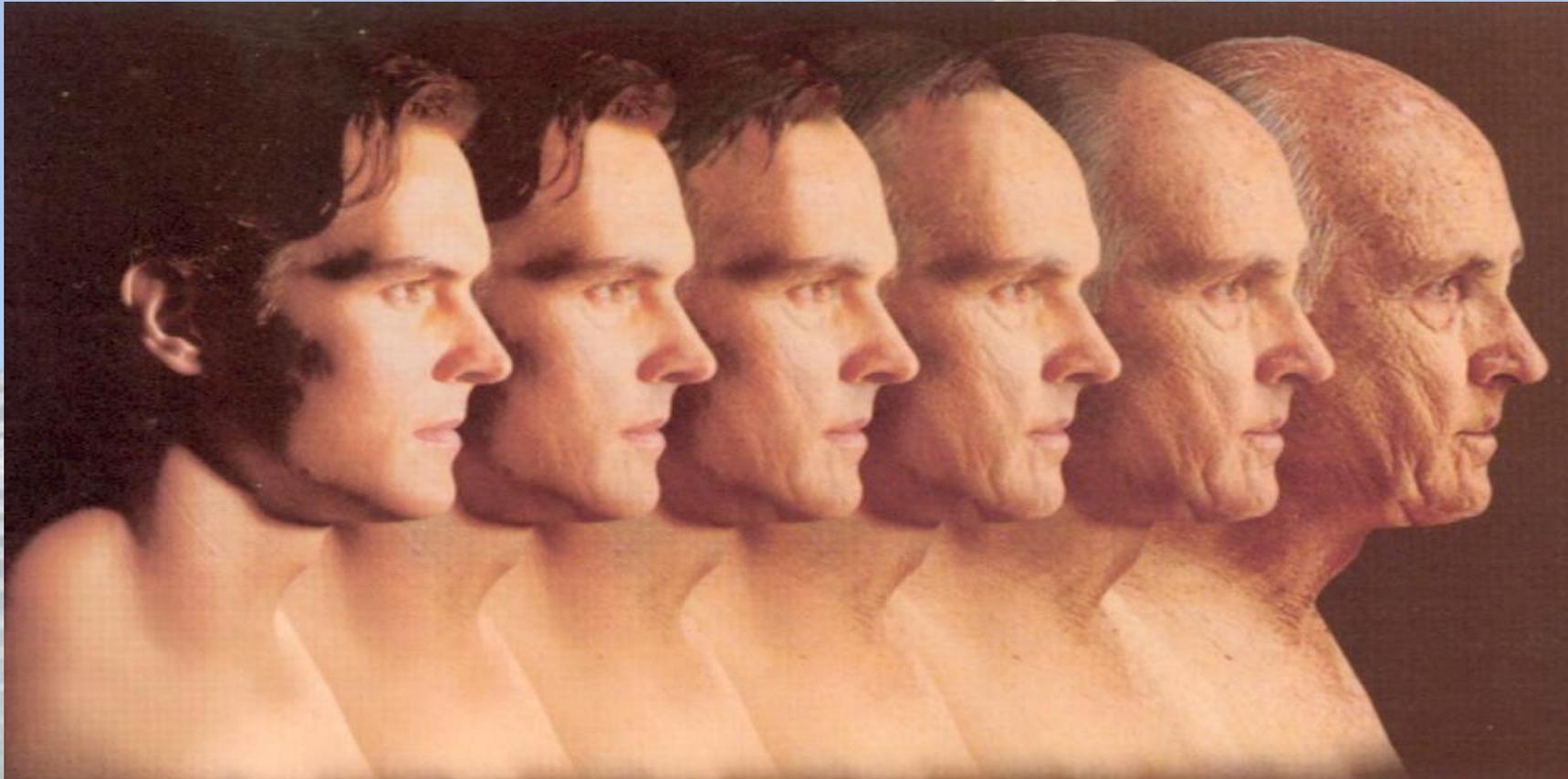
Sujet Vieillissant Agé (S.V.A.).

C'est-à-dire un Sujet différent du fait d'une biographie plus avancée, mais structurellement identique au sujet adulte plus jeune, vieillissant également. Ainsi proposer le concept de SVA, c'est souligner l'importance du Sujet présent, eu égard à ce qu'il fut, et ce qu'il peut être encore dans le futur.

Le point central étant la reconnaissance structurelle au sens où l'entend la clinique psychodynamique mais reprise dans une **dimension écologique et processuelle**. Cette dénomination du vieillissant introduit les notions de diachronie et de synchronie qui sont apparues indispensables pour une lecture clinique et une prise en soins prenant en compte l'inconscient au-delà du symptôme.

Cette mise à distance des mots vieux, vieillards, 3ième âge, personne âgée, sujet âgé, voire sujet vieillissant, s'est imposée pour ne pas avoir une notion trop sociologique et ainsi **favoriser l'approche diagnostic centrée sur la personne.**

Le **S**ujet **V**ieillissant **Â**gé



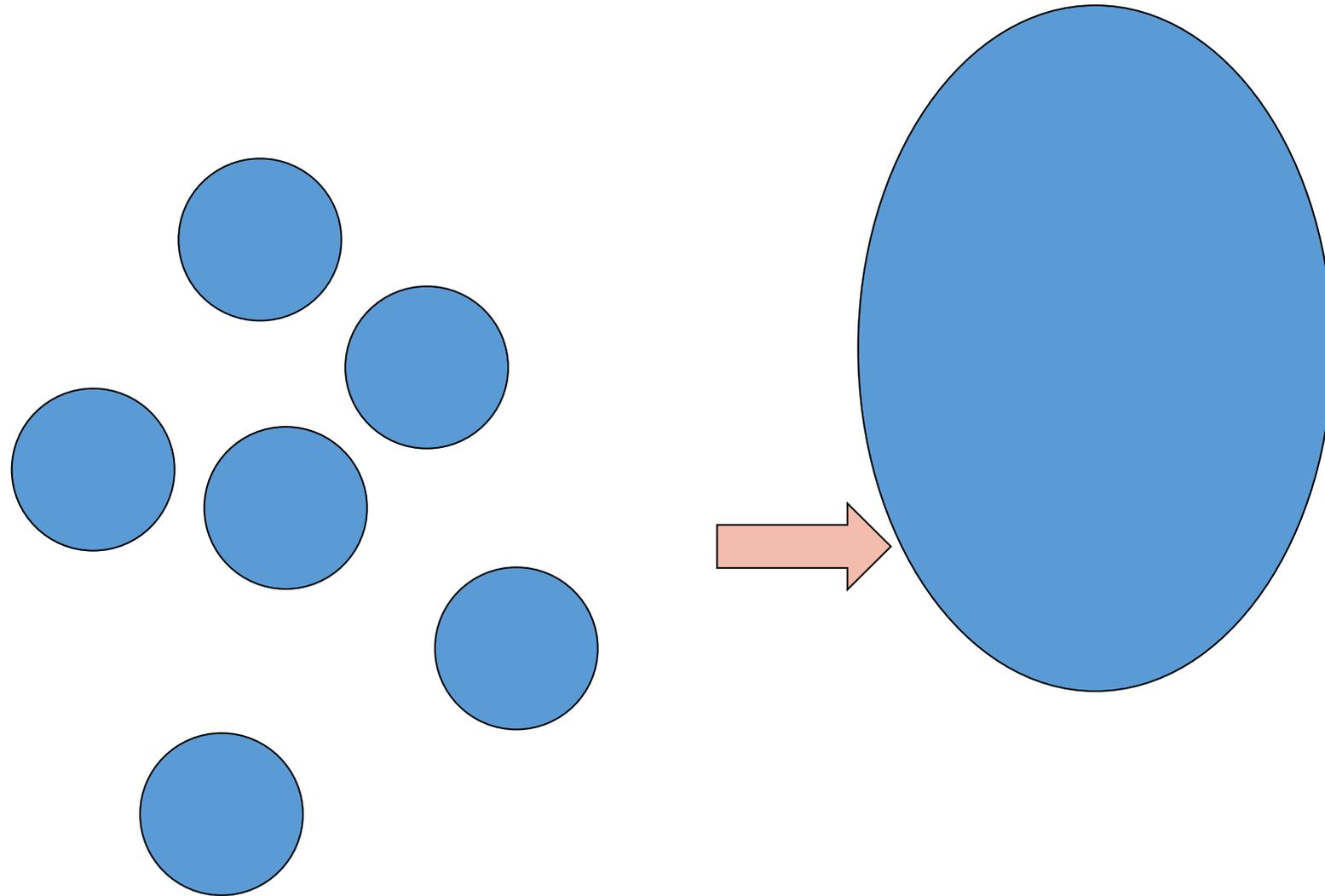
Le vieillissement est un processus Différentiel

Expression clinique; **DANS** la vieillesse et **DE** la vieillesse

IV- Ma compréhension actuelle

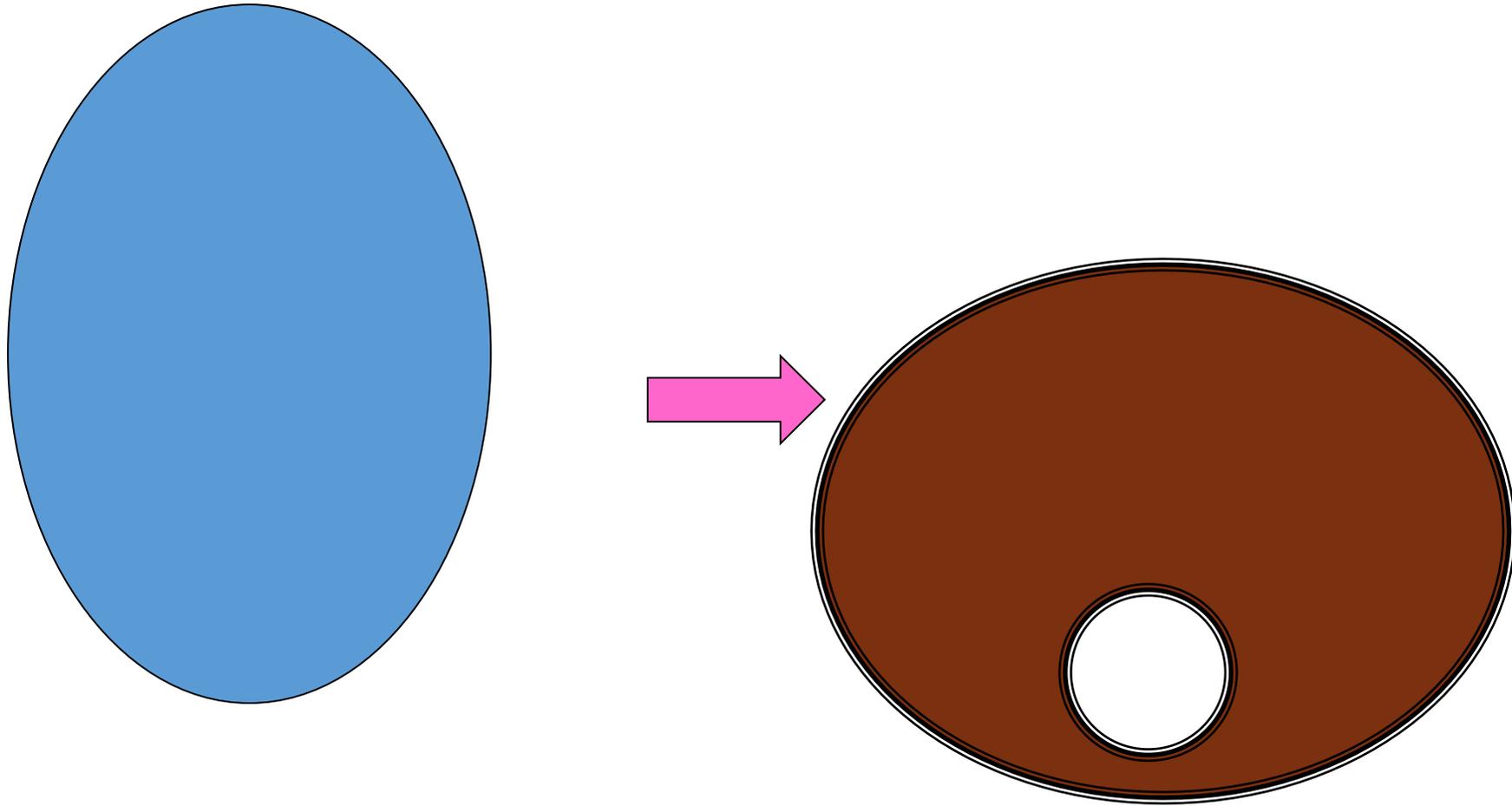
Déprescrire ce n'est pas se déprécier que ce soit pour le praticien ou le SVA

Vivre mourant ou mourir vivant ne se décline pas de la même manière
aux différents âges de la vie

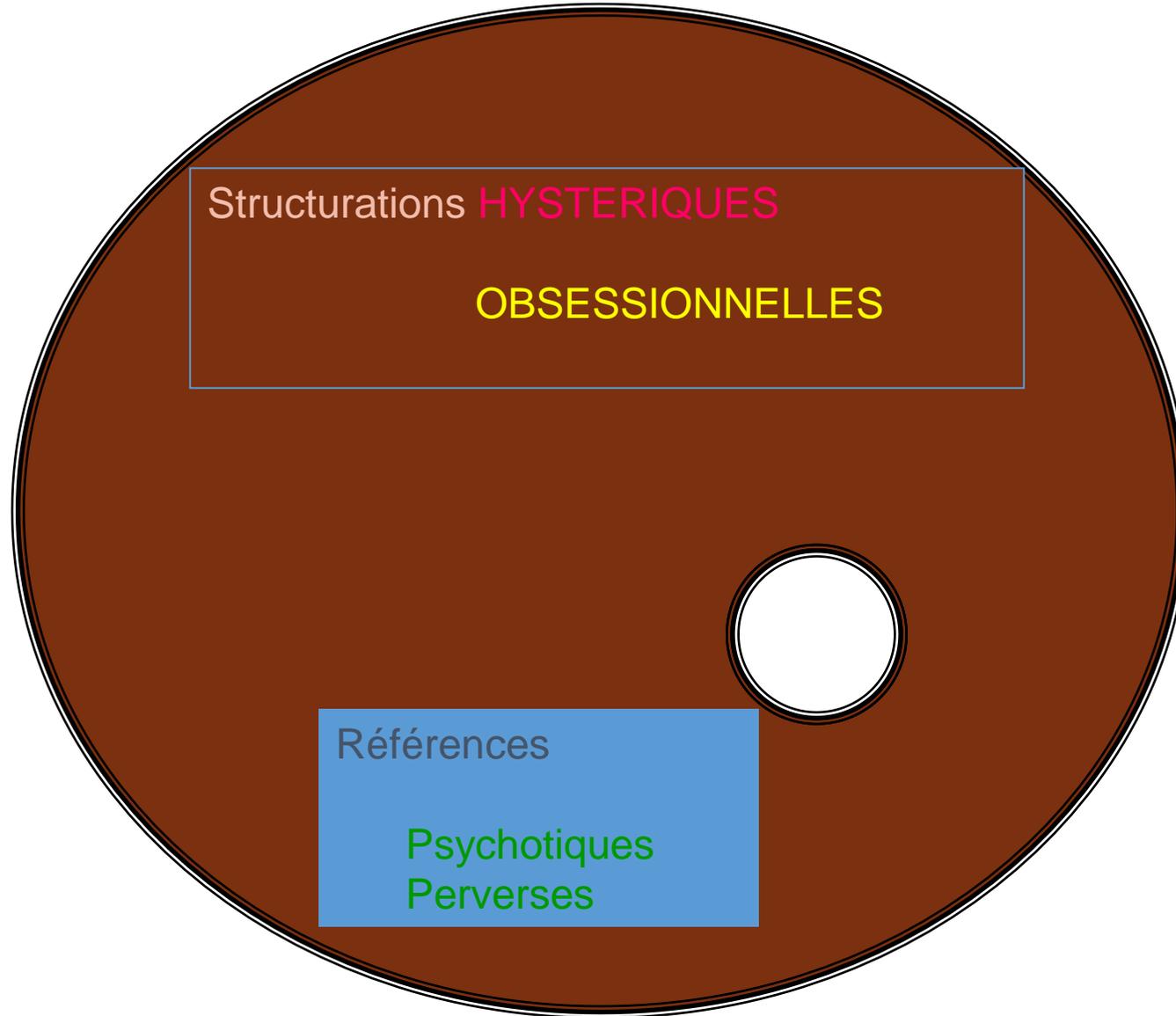


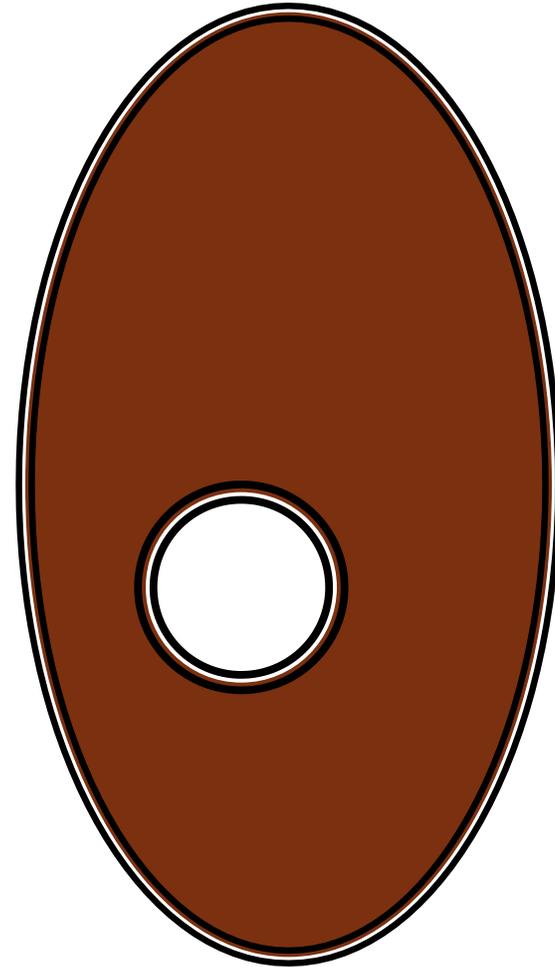
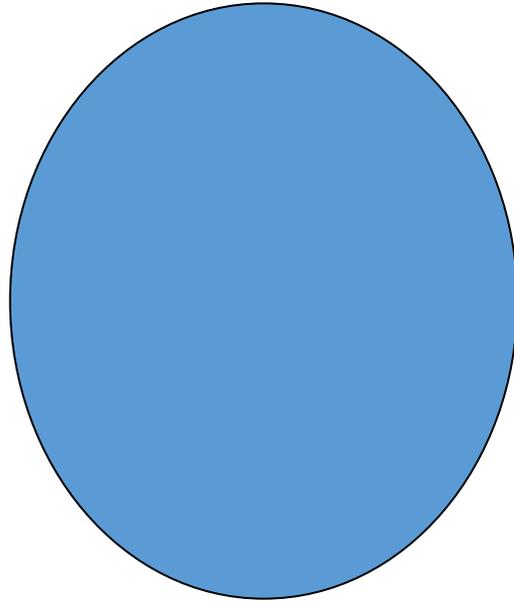
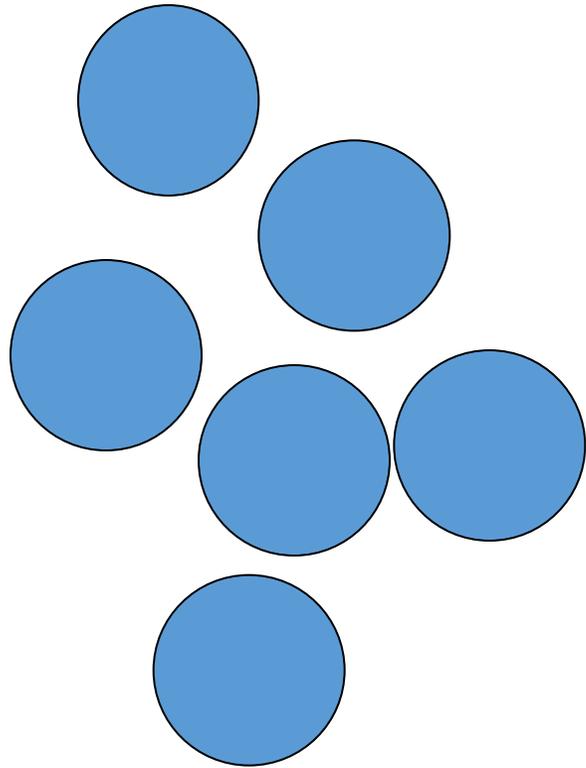
« LE PRECIPITE PRIMAIRE »

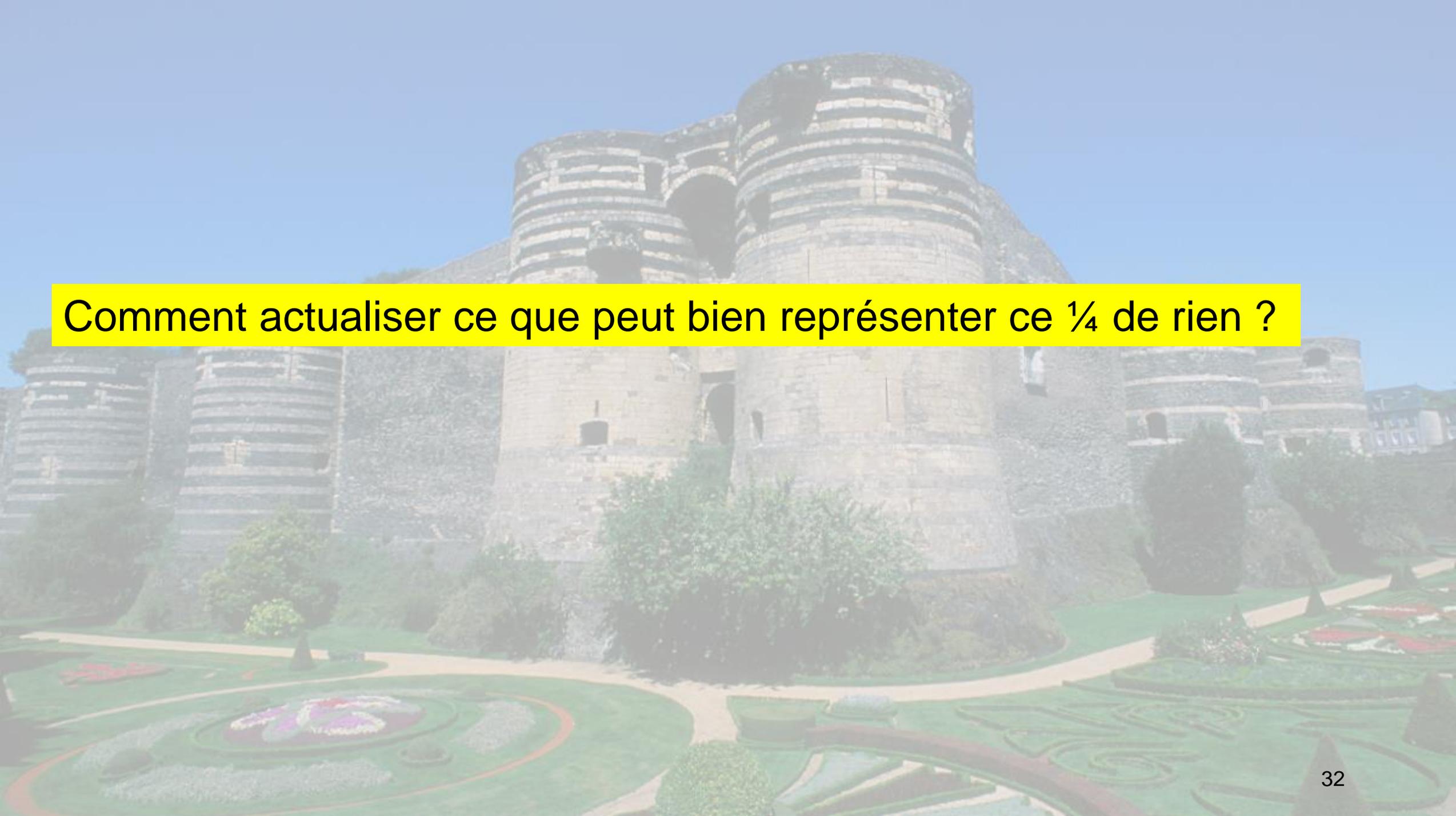
Selon Bianchi



La structuration névrotique





A large, multi-towered stone castle with a well-manicured garden in the foreground. The castle features several cylindrical towers with arched openings and a central tower with a cross on its facade. The garden is lush green with various plants, including a large circular flower bed with purple and white flowers. The sky is clear and blue.

Comment actualiser ce que peut bien représenter ce $\frac{1}{4}$ de rien ?

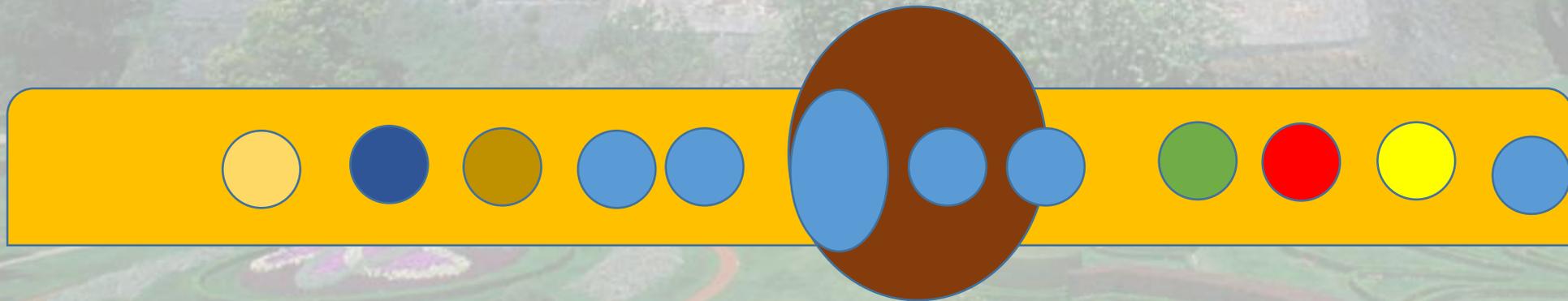
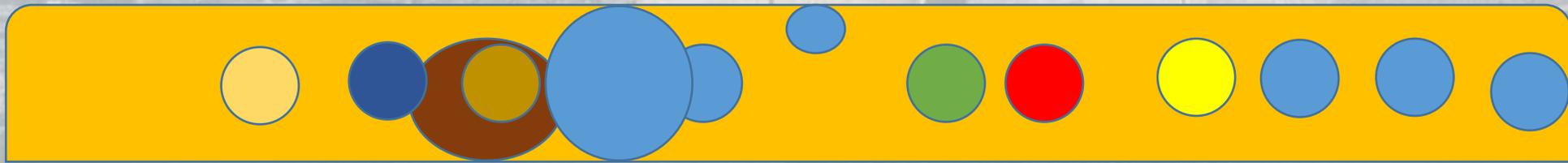
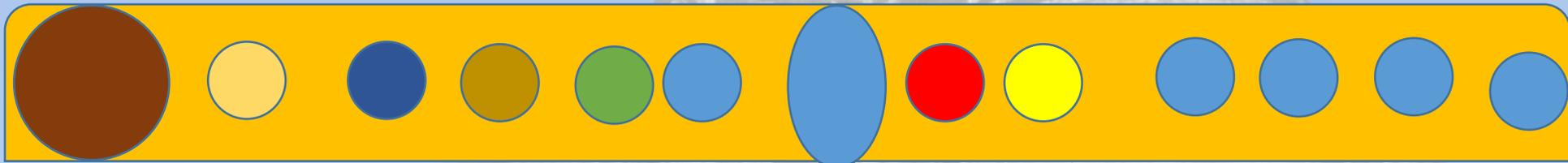
Parler du SVA , c'est évoquer la rencontre singulière.

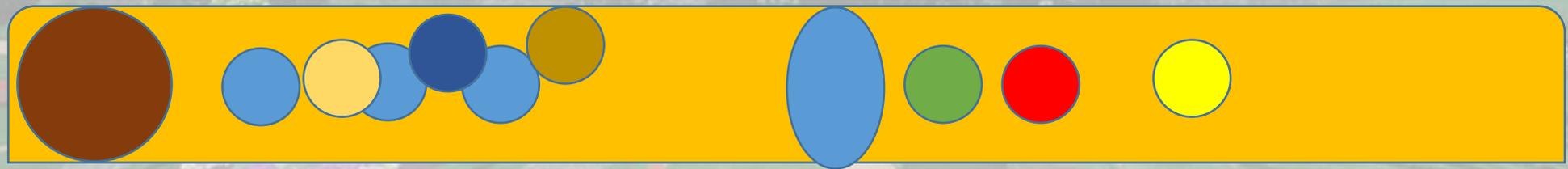
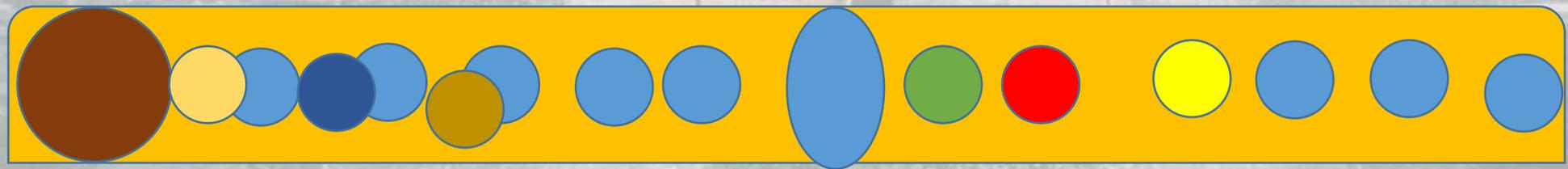
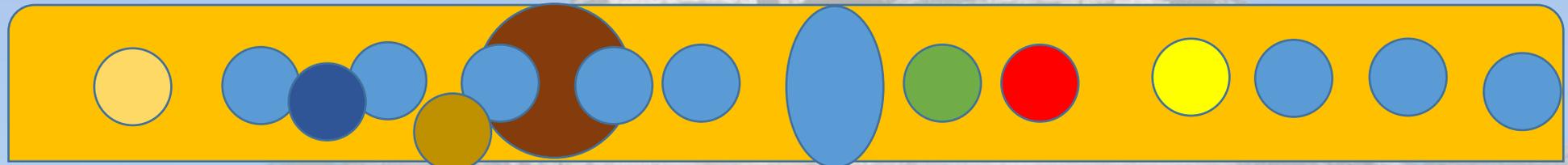
Rencontre singulière avec ces consultants qui ont passé « le 7 » (la dizaine 7 des années) avec leurs deuils successifs moins bien assumés que « les 6 » où la puissance adaptative est encore là. Et maintenant « le 8 » avec la perte d'autonomie et les dépendances.

Par ailleurs, il y a aujourd'hui en 2019 le club moins confidentiel des « 9 » avec cette solitude de rescapés. Quant aux centenaires, ils jouissent encore de cette position d'Eupatride évoquée par S de BEAUVOIRE dans son ouvrage sur la vieillesse. Position pour combien de temps encore avec ces hommes augmentés, les polyprothèses, la génétique,,,,,,

V- Les exemples Cliniques

Les \ sa \ billes
Les cents billes





Se souvenir que, le médicament est une barrière entre le SVA et le cimetière

La déprescription des psychotropes s'inscrit donc dans un accompagnement parfois très long car, bien souvent, elle dépend plus de l'investissement psychique que de l'effet chimique et le petit bout qui reste est chargé de sens car il ne reste pas pour rien (ADS, anxiolytiques et hypnotiques).

Neuroleptiques et antipsychotiques tout comme les normothymiques sont à aborder avec la même quête du minimum à un moment donné de la trajectoire clinique mais le reste peut être compris comme, le signifié de la maladie. Et ou de la structuration su SVA

Ne faudrait-il pas maintenir cette idée de déprescription par une consultation annuelle rémunérée spécifiquement, MG en association avec le bilan partagé de médication effectué par le pharmacien? Tout en n'étant pas dupe d'une lecture unique

Réévaluation de l'intérêt, de la durée du traitement par le logiciel métier (pour le patients plus jeunes)

Prendre en compte le cadre administratif mais laisser fonctionner la relation médecin –patient, le contexte socio-Culturel et l'éthique professionnelle. Donner le maximum d'informations sur les connaissances actuelles tout en reconnaissant La plus ou moins grande fugacité, modulation , variabilité de ces connaissances....

VI- La disputation

FIN D'UNE HISTOIRE





MERCI DE VOTRE ATTENTION