

Pharmacie Hospitalière et Gériatrie

Anne Laure Bétégnie CH Annecy-Genavois

Aurélié Lafargue CHU Bordeaux

Mariannick Le Bot CHU Brest

Louise Mallet CHU Mc Gill Montréal

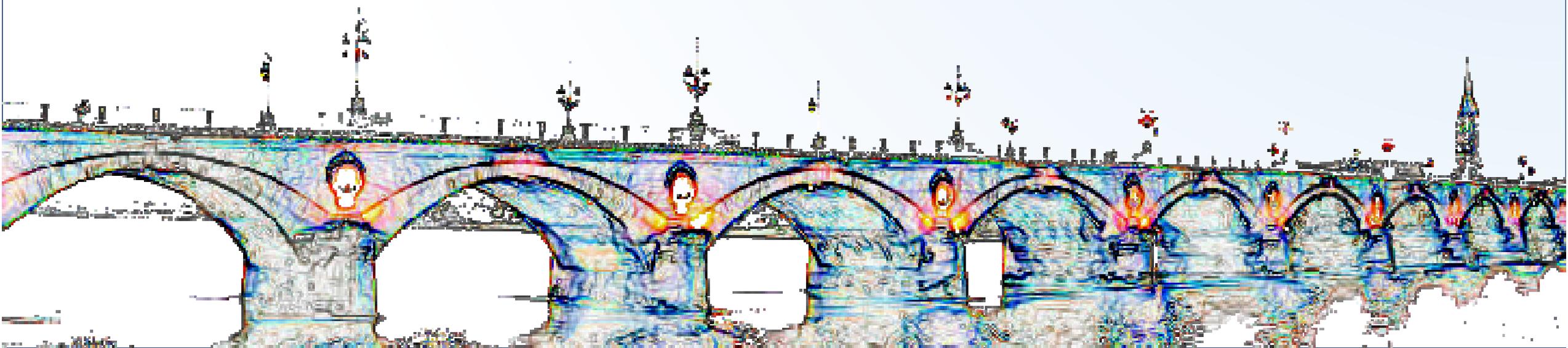




- **Conduire une revue de pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé**
- **Cas clinique 1 Me N. Jacqueline 83 ans**
- **Cas clinique 2 Me C. Denise 87 ans**
- **Présentation de l'EPP en ligne (programme DPC)**



Conduire une revue de pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé



La prescription chez la personne âgée

➤ Est complexe

- ✓ *la polymédication augmente de façon exponentielle les risques d'effets indésirables, certains pouvant être graves de conséquences*
- ✓ *le type et la dose des médicaments doivent être adaptés aux changements physiologiques associés au vieillissement*
- ✓ *Les médicaments et les priorités thérapeutiques doivent être revus au minimum sur une base annuelle.*



Revue de pertinence selon la HAS

- La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients.
- Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés.

✓ **HAS - Septembre 2014** : « *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée?* »

Étape 3. Revoir la prise en charge thérapeutique

Chez les patients à risque, une **revue des maladies et des médicaments** doit être effectuée à l'initiative du médecin. Elle doit être répétée en cas d'alerte, de changements thérapeutiques ou de transition hôpital- domicile. Cette analyse suit les étapes suivantes et fait référence au programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.¹



La certification des établissements

- Chaque établissement doit mettre en œuvre une démarche de gestion des risques ayant pour but **d'assurer la sécurité des patients , en particulier diminuer le risque de survenue d'effets indésirables.**
 - ✓ *Evaluation des pratiques professionnelles*
- L'établissement adresse un compte qualité à la HAS tous les deux ans
 - ✓ *Le management de la prise en charge médicamenteuse du patient est une des thématiques du compte qualité*
 - ✓ *La politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse inclut la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (Evènement d'investigation obligatoire) .*



Le DPC des professionnels

- **La certification V2014 favorise le lien avec le DPC** des professionnels de santé
 - ✓ *et avec la reconnaissance de démarches d'équipes comme facteurs clé de succès.*
- **Les professionnels de santé doivent organiser un programme triennal pour leur DPC**
 - ✓ *Formation présentielle + Evaluation des pratiques*
- **Les EPP figurent dans les plans d'action du compte qualité de l'établissement**
 - ✓ *Transmission des démarches EPP rattachées aux thématiques retenues dans le cadre du compte qualité*



Méthode

- Etablir la grille
 - ✓ *A partir de référentiels*
- Recueillir les données
 - ✓ *En présence du médecin gériatre ou coordonnateur*
- Choix des services
 - ✓ *Accueillant personnes âgées durée de séjour suffisante*
 - *Médecine gériatrique, SSR , SLD, Ehpad*
- Inclusion
 - ✓ *Patients 65 ans polypathologiques*
 - ✓ *Tous patients plus de 75 ans*
- Echantillon
 - ✓ *Dans le cadre de l'EPP 10 dossiers /praticien est satisfaisant*
 - ✓ *Risque élevé*



Méthode : patients à risque

➤ Ex Grille Québec services hospitaliers gériatrie

- Prise de 8 médicaments ou plus
- Antécédents d'effets secondaires médicamenteux
- Présence de 4 morbidités ou plus
- Maladie hépatique ou rénale
- Insuffisance cardiaque
- Prise de médicaments à haut risque / sujet âgé
 - ✓ Ex : anticoagulant, hypoglycémiant, psychotrope, digoxine, nitrés et vasodilatateur, AINS
- Trouble cognitif ou psychologique

➤ Ex PMSA

- ✓ *au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe*
 - Cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique
- ✓ *au moins 10 prises quotidiennes de médicaments incluant automédication*
 - ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant ou 2 psychotropes
- ✓ *difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies*
- ✓ *antécédent d'effet indésirable lié au médicament*
- ✓ *accès aux soins limité*
 - Isolement ou déni du patient, problèmes médico-économiques



Méthode

➤ Identifier les objectifs thérapeutiques

✓ *Considérer*

- Espérance de vie
- Niveau fonctionnel
- Qualité de vie
- Priorités du patient, du proche aidant et de la famille

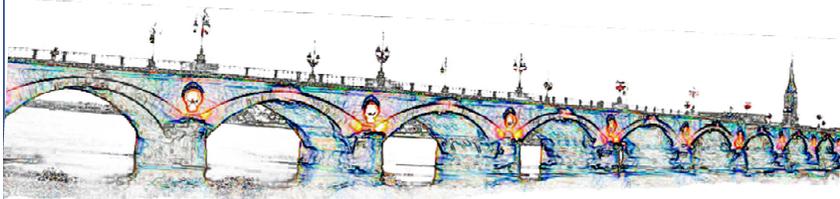
✓ *Objectifs thérapeutiques*

- Prévention primaire et secondaire de maladies ?
- Prolongement de la vie ?
- Amélioration de la capacité fonctionnelle ?
- Soulagement des symptômes ?



Méthode

- Préciser les indications pour chaque médicament.
 - ✓ Vérifier que chaque médicament est associé à un diagnostic précis.
 - ✓ Vérifier que le médicament prescrit pour l'indication correspond aux recommandations actuelles.
 - ✓ Comparer la liste des diagnostics du patient et la liste des médicaments, rechercher
 - les médicaments non indiqués (overuse)
 - Les diagnostics non traités (underuse)



Méthode

- **Évaluer la balance bénéfices/risques**
 - ✓ *Classer les médicaments selon leur utilité.*
 - ✓ *Éviter de prescrire des médicaments dont le niveau d'efficacité n'est pas clairement démontré.*
 - ✓ *Rechercher les médicaments ayant le moins d'effets indésirables et d'interactions.*
 - ✓ *Choisir les médicaments à demi-vie courte.*
 - ✓ *Choisir la forme galénique la mieux adaptée au handicap du patient.*



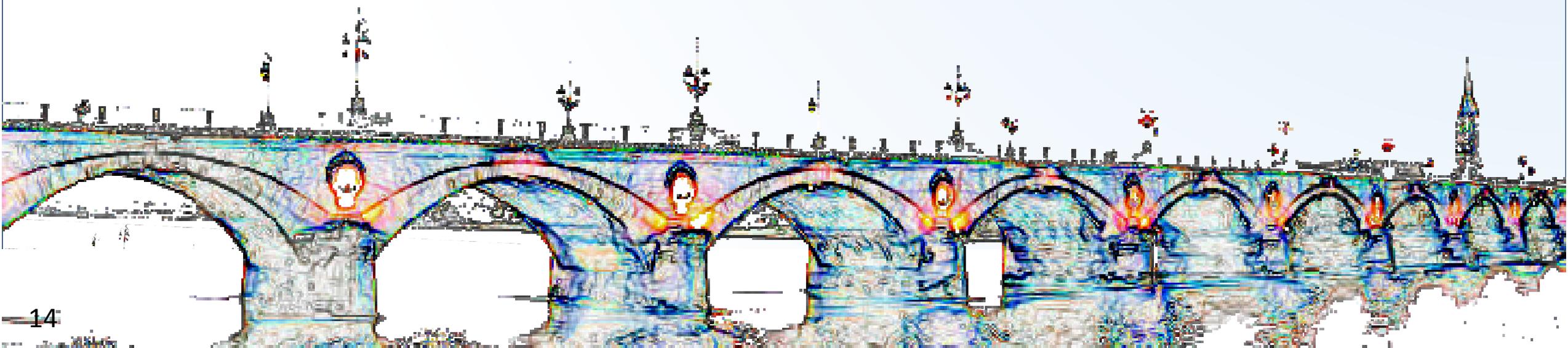
Méthode

➤ Assurer un suivi.

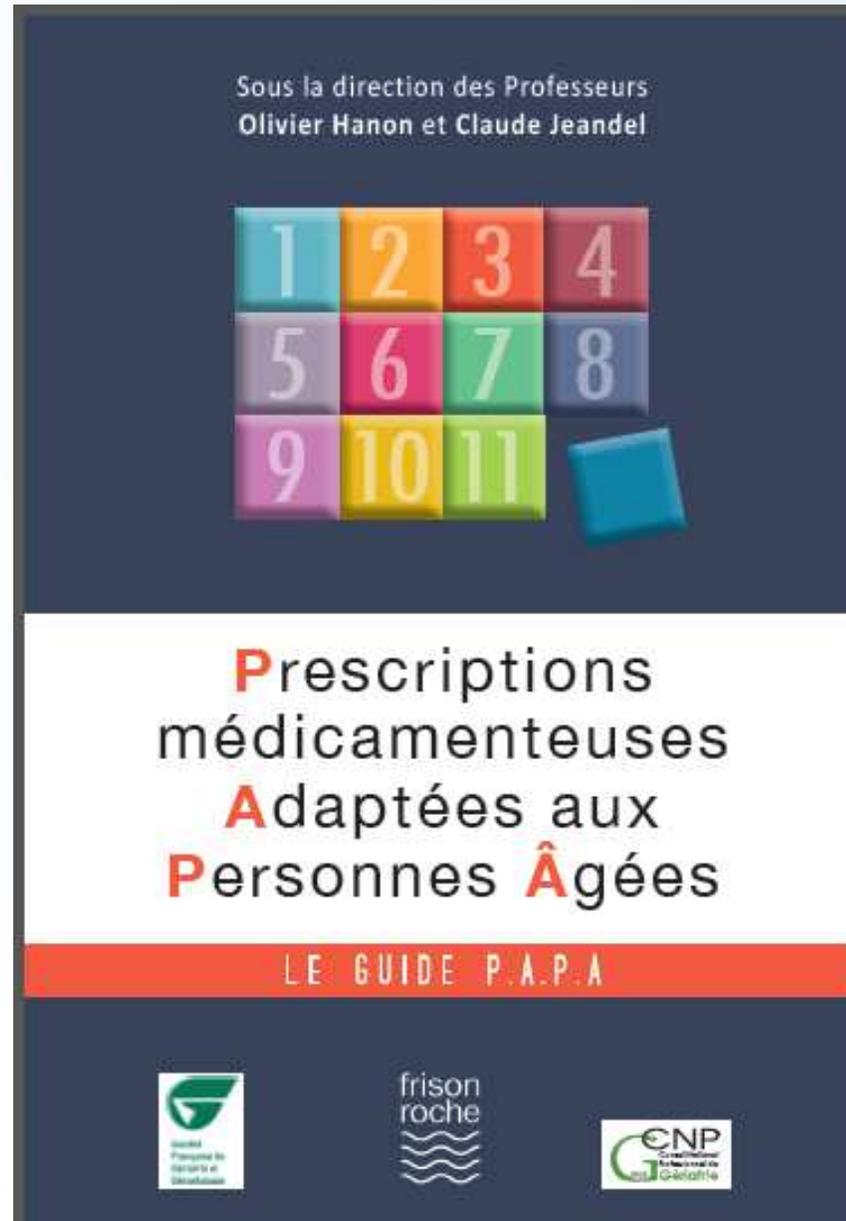
- ✓ *Établir des priorités thérapeutiques et les réévaluer de façon annuelle pour éviter le cumul des prescriptions.*
- ✓ *Réévaluer si changement de la condition, de l'espérance de vie et des objectifs thérapeutiques du patient.*
- ✓ *Faire preuve de vigilance lors des phases de transition (conciliation médicamenteuse).*
- ✓ *Identifier les médicaments pour lesquels une modification de la posologie, une substitution ou une cessation est requise.*



Quels outils?



Guide SFGG





Critères de Beers

« un médicament est considéré comme potentiellement inapproprié lorsqu'il présente un mauvais rapport bénéfice/risque et/ou une efficacité discutable quand il est prescrit chez la personne âgée, alors même qu'il existe des thérapeutiques plus sûres »

Liste établie par un panel d'experts (pharmacologues, gériatres) selon un consensus basé sur la méthode Delphi (méthode qualitative de détermination d'un référentiel) avec

- 3 forces de recommandations
 - Forte/Faible/Insuffisante
- 3 niveaux d'évidence
 - Elevé/Modéré/Bas

Les critères de Beers ont été publiés en 1991, puis revus en 1997, 2003, 2012, 2015

Dernière mise à jour

- *American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for potentially Inappropriate Medication use in older adults JAGS 63 : 2227-2246, 2015*



Critères de Beers



- 5 catégories
 - Médicaments à proscrire chez toute personne âgée
 - Médicaments à utiliser en s'entourant de précautions
 - Médicaments à éviter du fait d'interactions médicamenteuses
 - Médicaments à utiliser avec précaution en cas de fonction rénale altérée
 - Médicaments avec fortes propriétés anticholinergiques
- 3 classifications, selon
 - le système physiologique
 - la classe
 - le nom du médicament.



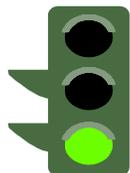
Critères de Beers



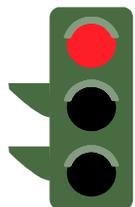
- Médicaments retirés de la liste 2012
- Médicaments ajoutés depuis 2012
 - Eviter IPP > 8 semaines sans justification précise
 - Clostridium difficile, risques fractures
 - Eviter la nitrofurantoïne avec une clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min au lieu de 60 mL/min
 - La recommandation d'éviter les anti-arythmiques de classe 1a, 1c et III en première ligne de traitement pour la fibrillation auriculaire a été retirée en raison de nouvelles preuves scientifiques.



Critères de Beers



Diffusion de la notion des Médicaments Potentiellement Inadaptés «MPI» auprès des prescripteurs.



Mais la classification

- complexifie l'usage de l'outil
- prolonge le temps requis pour identifier les Médicaments inappropriés
- contient de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante en France.

Outil peu adapté au contexte des soins palliatifs



Stopp and Start V2

- **STOPP** : *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*
- **START** : *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*
- ✓ *Permet d'optimiser la prescription chez le sujet âgé et systématiser l'identification des prescriptions inappropriées*
 - *Minimiser les risques d'effets indésirables => Arrêt des médicaments avec bénéfice-risque défavorable*
 - **Sur-médication**
 - **Débuter un traitement avec bénéfice-risque favorable**
 - **Sous-médication**



O'Mahony D. et al. Stopp/start criteria potentially inappropriate prescribing in older people version 2, *Age ageing* 2014
 P.O. Lang , M. Dramé, B. Guignard, R. Mahmoudi , I. Payot , J. Latour , E. Schmitt , T. Pepersacki , N. Vogt-Ferrier, Y. Hassok , O. Dalleur, B. Boland *nNPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2015) 15, 323—336



Outil d'aide à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé issu d'une démarche territoriale en Rhône alpes (1)



Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé

Préface Principes ▾ Stop / Start ▾ Références

ACCUEIL

Bienvenue sur le site « *Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé* » !

Cardiovasculaire

PAR CHANGE · 26 OCTOBRE 2017

STOP Antiagrégants plaquettaires

- Aspirine (Kardégic®) > 160mg/j pour une durée supérieure à 1 an

Risque saignement sans augmentation d'efficacité

- Association aspirine + clopidogrel ou association aspirine + ticagrélor > 1an en prévention secondaire des AVC (sf si SCA concomitant, stent coronarien < 12mois ou sténose carotidienne serrée symptomatique)

Pas de preuve de bénéfice, hors de ces 3 exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel



Outil d'aide à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé issu d'une démarche territoriale en Rhône alpes (2)



Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé

Préface Principes ▾ Stop / Start ▾ Références

ACCUEIL

Bienvenue sur le site « *Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé* » !

Athérosclérose (au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique)

START Statines: Chez un patient de moins de 85ans, si espérance de vie > 5 ans et selon autonomie du patient

Réduction des événement ischémiques
Intérêt du traitement à évaluer selon le rapport bénéfice/risque (comobidités, autonomie du patient)

START Antiagrégants plaquettaires

Réduction des événement ischémiques

ACFA (permanente, paroxystique ou persistante)

START Anticoagulants

Risque cardioembolique élevé



Stopp and Start V2

- STOPP. V2 est passée de 65 à 84 critères ciblant 42 substances/classes médicamenteuses.
- Plusieurs médicaments fréquemment prescrits chez les personnes âgées appartiennent à plusieurs classes de la liste, ce qui rend la tâche du clinicien plus complexe :
 - α -bloquants, anticalciques, anticoagulants oraux directs, aspirine, antiinflammatoires non stéroïdiens, glucocorticoïdes, tricycliques, benzodiazépines, opiacés, médicaments anticholinergiques, entre autres.



Stopp and Start V2

- Une organisation des critères de STOPP par classe médicamenteuse et non plus par système physiologique pourrait être une approche plus cohérente.
- Dans la liste START.V2 sont apparus :
 - Système urogénital / S. ophtalmologique
 - Indication générique de vaccination : antigrippale/ anti-pneumococcique
 - Indications spécifiques pour
 - pics douloureux/goutte /glaucome/, hypertrophie prostatique obstructive/atrophie vaginale/ syndrome des jambes sans repos/ démence modérée à sévère.



Critères STOPP Cardio-vasculaires

Critère	STOPP	MOTIF
B1	La digoxine pour une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée	pas de preuve de bénéfice
B2	Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV	risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque
B3	Un β bloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem	risque de bloc de conduction cardiaque
B4	Un β bloquant en présence d'une bradycardie (< 50 bpm), d'un bloc atrio-ventriculaire du second degré ou troisième degré	risque de bloc complet ou d'asystolie
B5	L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supra-ventriculaire	risque d'effets secondaires plus importants que celui par β bloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem



Critères STOPP Cardio-vasculaires

B6	Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle	des alternatives plus sûres et plus efficaces sont disponibles
B7	Un diurétique de l'anse pour oedèmes des membres inférieurs d'origine périphérique (c.à.d. en l'absence d'argument pour une insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale ou syndrome néphrotique)	la surélévation des jambes et le port de bas de contention sont plus appropriés
B8	Un diurétique thiazidique ou apparenté (indapamide) en présence d'une hypokaliémie ($K^+ < 3,0$ mmol/L), hyponatrémie ($Na^+ < 130$ mmol/L), hypercalcémie (calcémie corrigée $> 2,65$ mmol/L ou $> 10,6$ mg/dL), ou d'une histoire d'arthrite microcristalline (goutte ou chondrocalcinose)	risque accru de précipiter ces troubles métaboliques
B9	Un diurétique de l'anse pour hypertension artérielle en présence d'une incontinence urinaire	Exacerbation probable de l'incontinence



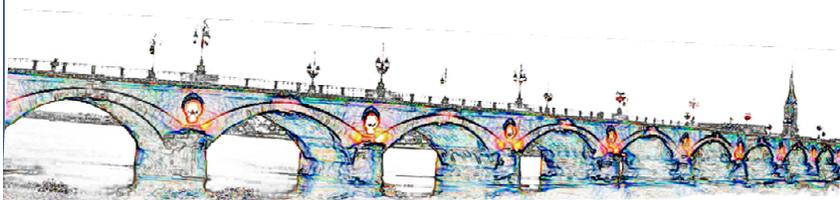
Critères STOPP Cardio-vasculaires

B10	Un antihypertenseur à action centrale (méthyl-dopa, clonidine, moxonidine, rilménidine, guanfacine) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs	les antihypertenseurs à action centrale sont moins bien tolérés
B11	Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie	risque de récurrence
B12	Un antagoniste de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone) en l'absence d'une surveillance de la kaliémie (au moins semestrielle), lorsque cet antagoniste est associé à un médicament d'épargne potassique (IEC, ARAII, amiloride, triamtérène)	risque d'hyperkaliémie sévère (> 6,0 mmol/L)



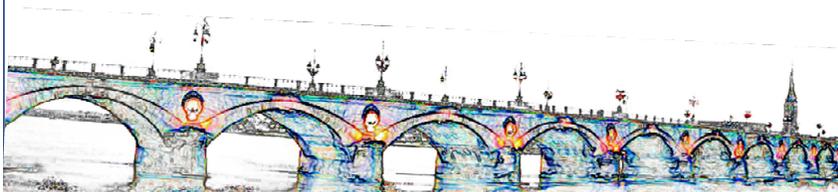
Critères START Cardio-vasculaires

Critère	START	MOTIF
SA1	En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral(antivitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seul l'anti-vitamine K est recommandé	risque cardio-embolique élevé
SA3	En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire aspirine, clopidogrel,ticagrelor	réduction des événements ischémiques
SA4	En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg),un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés	réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire



Critères START Cardio-vasculaires

SA5	En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique chez un patient de moins de 85 ans, une statine	réduction des événements ischémiques
SA6	En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)	réduction de la morbi-mortalité cardiaque
SA7	En présence d'une cardiopathie ischémique, un β bloquant	réduction de la morbi-mortalité cardiaque
SA8	En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable, un traitement β bloquant validé (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)	réduction de la morbi-mortalité cardiaque



Critères STOPP Anti-agrégants/Anticoagulants

C1	De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/j	risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée
C2	De l'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal sans prescription d'un IPP	risque de récurrence d'ulcère
C3	Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ourécent épisode de saignement spontané important)	Risque élevé d'hémorragie
C4	De l'aspirine associée au clopidogrel en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis moins de 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)	pas de preuve de bénéfice, hors de ces trois exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel
C5	De l'aspirine associée à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une fibrillation atriale	pas de bénéfice additionnel de l'aspirine, qui majore le risque de saignement



Critères STOPP Anti-agrégants/ Anticoagulants

C6	Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une artériopathie stable (coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique)	pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement
C7	La ticlopidine dans tous les cas	le clopidogrel et leprasugrel ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire
C8	Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 6 mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans facteur de risque de thrombophilie dentifié	pas de bénéfice additionnel après 6 mois
C9	Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 12 mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire (EP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié	pas de bénéfice additionnel après 12 mois
C10	Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) associé à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa)	risque accru d'hémorragie gastro-intestinale
C11	Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP)	risque accru d'ulcère gastroduodéal



Charge anticholinergique

- Principaux effets anticholinergiques centraux:
 - ✓ *sédation, altération cognitive, delirium, confusion aiguë*
 - ✓ *désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité*
- Principaux effets anticholinergiques périphériques:
 - ✓ *troubles de l'accommodation visuelle, mydriase*
 - ✓ *sécheresse buccale, sécheresse oculaire*
 - ✓ *tachycardie, nausées, constipation*
 - ✓ *dysurie, rétention vésicale*



Charge anticholinergique

En 2013, Duran et al. publie une revue de la littérature concernant les échelles permettant d'évaluer la charge anticholinergique des molécules.

Sept échelles sont présentées :

- l'ARS de Rudolph
- l'ADS de Carnahan
- l'ACB de Chew
- Liste de Marie-Laure Ancelin
- Échelle de Han 2008, basée sur des échelles déjà publiées et des avis d'experts, qui regroupe 60 molécules.
- Echelle de Ehrt 2010, basée sur celle de Chew et des avis d'experts.
- Echelle de Sittironnarit 2010, « Anticholinergic Loading Scale » trouve son origine dans les échelles d'Ancelin, d'Han, de Chew et de Rudolph, ainsi que des avis d'experts. Elle regroupe 49 molécules.



Charge anticholinergique

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée :

- amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine, hydroxyzine, prométhazine
- clozapine, lévomépromazine, bipéridène, trihexyphénidyle
- oxybutynine, solifénacine
- Ipratropium, scopolamine

Tableau des médicaments anticholinergiques dans critères de Beers 2015

Durán CE, Azermai M, Vander Stichele RH. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. Eur J Clin Pharmacol. 2013 Jul;69(7):1485–96.

Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Pollock BG, Culp KR: The Anticholinergic Drug Scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: associations with serum anticholinergic activity. Journal of clinical pharmacology 2006, 46(12):1481-1486

Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE: The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Archives of internal medicine 2008, 168(5):508-513.

Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique : Mise au point d'un nouveau score et application en population psychiatrique.

Jeanne BRIET Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie Université Dijon 21 mai 2015.

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

Thérapie Vol 72 - N° 4 P. 427-437 - septembre 2017



Interactions médicamenteuses

Thésaurus national

Définition: guide pharmaco-thérapeutique d'aide à la prescription regroupant l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées par le groupe de travail de l'ANSM

Intérêt: apporte aux professionnels de santé une information de référence fiable et pragmatique

Mais de nombreuses interactions chez la personne âgée non encore intégrées ex AOD

D'où nécessité de suivi +++



Interactions médicamenteuses

www.ansm.sante.fr

MAJ 2fois/an , à surveiller/ logiciels prescription et dispensation

Ex du dabigatran : sept 2016

DABIGATRAN

Voir aussi : anticoagulants oraux

+ AMIODARONE

Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.

Précaution d'emploi

Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.

+ ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES

Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.

Association DECONSEILLEE

+ CICLOSPORINE

Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.

CONTRE-INDICATION

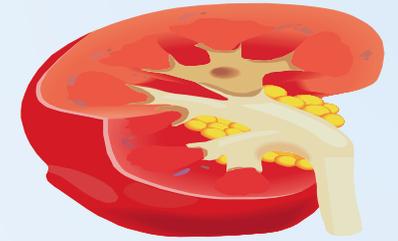


Interactions dabigatran ANSM sept 2016

Molécule	Niveau interaction	Effet
TICAGRELOR	A prendre en compte	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
AMIODARONE	PE Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement
QUINIDINE	PE Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
VERAPAMIL	PE Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran à 150 mg/j en une prise, voire 75 mg/j en cas d'insuffisance rénale modérée. Dans l'indication fibrillation auriculaire : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran à 220 mg/j en deux prises	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES	DECONSEILLEE	Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.
RIFAMPICINE	DECONSEILLEE	Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.
TACROLIMUS	DECONSEILLEE	Risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de Association DECONSEILLEE dabigatran.
CICLOSPORINE	CONTRE-INDICATION	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
DRONEDARONE	CONTRE-INDICATION	Doublement des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
ITRACONAZOLE	CONTRE-INDICATION	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.
KETOCONAZOLE	CONTRE-INDICATION	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.



Adaptation à la clairance rénale



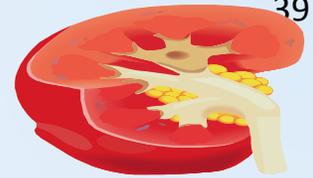
Définition: listes de médicaments à adapter à la fonction rénale.

Intérêt: limitation de la iatrogénie par adaptation de la posologie aux capacités d'élimination du patient.

Référence: liste d'Epernay enrichie, site GPR (ICAR), lien calculateur GPR.

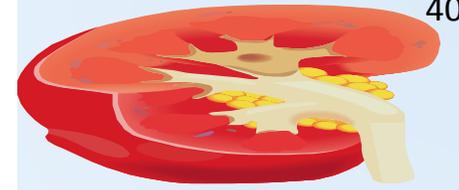


Médicaments à adapter à la fonction rénale



DCI	SPECIA LITE	Etat rénal selon RCP	RECOMMANDATIONS RCP	Etat rénal selon ICAR	RECOMMANDATIONS GPR
Ofloxacine	Oflocet (IV, VO)	20 < Clcréat < 50 ml/min	200 mg/j	90-30	Infection urinaire : 200 mg toutes les 12h / Infection sévère IV : 200 mg toutes les 8h / PO: 400 mg toutes les 12h
		Clcréat < 20 ml/min	200 mg toutes les 48h	30-15	Infection urinaire : 200 mg toutes les 24h / Infection sévère IV : 100 mg toutes les 8h / PO: 400 mg toutes les 24h
				< 15 et HD*	Infection urinaire : 200 mg toutes les 48h / Infection sévère IV : 150 mg toutes les 24h / PO: 400 mg toutes les 48h 20mg toutes les 24h





Exemple metformine actualisation ANSM janv 2018

DFG ml/min	Dose journalière totale maximale (à répartir en 2 à 3 prises quotidiennes)	Autres éléments à prendre en compte
60-89	3 000 mg	Une diminution de la dose peut être envisagée selon la détérioration de la fonction rénale.
45-59	2 000 mg	Les facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'une acidose lactique doivent être passés en revue avant d'envisager l'instauration de la metformine.
30-44	1 000 mg	La dose d'initiation ne peut dépasser la moitié de la dose maximale.
< 30	-	La metformine est contre-indiquée.



Adaptation voie : capacité déglutition



- Définition: étudier la faisabilité du caractère « écrasable » du comprimé ou « ouvrable » de la gélule
- Intérêt: adapter la forme galénique aux capacités de déglutition du patient



Liste Nationale SFPC

<http://sfpc.eu/fr/item1/summary/34-documents-sfpc-public/1475-sfpc-omedit-hn-liste-medic-eccrasables-avril-2015.html>

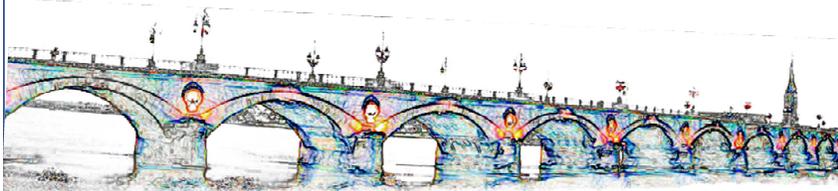
➤ A partir groupe de travail Omedit Haute Normandie

Spécialité	Dénomination(s) commune(s) de base	Formes galéniques	Recommandations	Commentaires RCP	Alternative	Commentaires laboratoires		
						Paramètres de pharmacocinétique et de pharmacodynamie	stabilité	Recommandations de prise
Abilify 10 et 15mg	Aripiprazole	Comprimé orodispersible		Laisser fondre sous la langue ou dans un verre d'eau				Possibilité de le dissoudre dans l'eau et de boire la suspension.
Abilify 5mg, 10 et 15mg	Aripiprazole	Comprimé			Abilify 10 mg cp orodispersible	N'est ni GR, ni LP donc rien ne s'y oppose mais aucune donnée (12/11/12)		



HAS Indicateurs de pratique clinique PMSA 2012

Indicateur de pratique clinique HAS	Libellé
AMI 1	NEUROLEPTIQUES CHEZ LE MALADE ALZHEIMER
AMI 2	COPRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ
AMI 3	BENZODIAZÉPINE À DEMI VIE LONGUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ
AMI 4	DATE INITIATION DU TRAITEMENT CONNUE POUR TOUT PSYCHOTROPE
AMI 5	RECHERCHE CHUTE TOUS LES 3 MOIS SI PSYCHOTROPES
AMI 6	COPRESCRIPTION DE DIURETIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ
AMI 7	COPRESCRIPTION D'ANTIHYPERTENSEURS CHEZ LE SUJET ÂGÉ
AMI 8	SUIVI IONOGRAMME SI ASSOCIATION A RISQUE MAJORE :« diurétique de l'anse + diurétique thiazidique » ou « antialdostérone + inhibiteur du système rénine angiotensine »
AMI 9	SUIVI DU POIDS SI DIURETIQUES
AMI 10	RECHERCHE HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE TOUS LES 6 MOIS SI ANTIHYPERTENSEURS
AMI 11	CONTROLE DE L'INR SI AVK ET INTRODUCTION D'UN ANTIBIOTIQUE OU D'UN ANTIFONGIQUE



HAS Programme PMSA

12 critères ordonnance . L'ordonnance

- 1 Est structurée par domaine pathologique
- 2 Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses
- 3 Ne comprend pas plus de 1 AINS
- 4 Ne comprend pas plus de 1 BZD
- 5 Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux
- 6 Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre indiquée
- 7 Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (ex anticholinergiques-anticholinestérasiques)
- 8 Indique la clairance de la créatinine
- 9 Indique le poids du patient
- 10 Précise la durée de prise pour chaque médicament
- 11 Précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament
- 12 Adapte la galénique aux capacités de prise du patient

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/epp_prescriptionmedicamenteuse_chez_le_sujet_tres_age_version_deflogos.pdf



18 critères dossier. Le dossier comporte

- 1 Les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse)
- 2 Les coordonnées du médecin traitant
- 3 La liste classée des pathologies (antécédents significatifs, pathologies aiguës, pathologies chroniques actives)
- 4 La liste complète des médicaments prescrits, classés par domaine pathologique
- 5 Avec les posologies
- 6 La clairance de la créatinine (lors du séjour ou datant de moins d'un mois)
- 7 La mesure du poids lors du séjour (datant de moins de 2 mois si séjour prolongé)
- 8 La recherche d'hypotension orthostatique
- 9 Les objectifs thérapeutiques pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation
- 10 L'argumentaire de prise en charge thérapeutique pour chaque pathologie



- 11 Le suivi de l'efficacité pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation
- 12 Le suivi de la tolérance pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation
- 13 L'éventuel refus du patient à être traité
- 14 Une appréciation sur l'observance du patient (adhésion au traitement médicamenteux)
- 15 La personne gérant le traitement au quotidien (le malade ou une tierce personne)
- 16 Une appréciation de l'automédication du patient (oui ou non, si oui médicaments notés)
- 17 A l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des médicaments
- 18 A l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des examens à faire dans le mois



MAI Medication Appropriateness index

10 critères. Pour chaque médicament, l'intervenant cote sur une échelle de 1 à 3 chacun des critères suivants

- indication
 - efficacité
 - dose adéquate
 - directives du médecin adéquate
 - directives du médecin concrètes et pratiques
 - présence d'interaction médicament-médicament
 - présence d'interaction médicament-maladie
 - redondance
 - durée de traitement acceptable
 - rapport coût-efficacité
-
- Score = somme des cotations de 1 à 3

Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, Cohen HJ, Feussner JR: A method for assessing drug therapy appropriateness. Journal of clinical epidemiology 1992, 45(10):1045-1051



Outil DICTIAS –OBCv

(Collège National des Enseignants en Gériatrie)

– DIAGNOSTIC :

Y'a – t – il un diagnostic/une pathologie justifiant la prescription ?

– INDICATION :

Si il y a un diagnostic, le médicament a – t – il une indication pour cette pathologie ?

–CONTRE - INDICATION :

Existe – t – il une contre – indication à l'utilisation de ce médicament chez le patient ?

– TOLÉRANCE :

Le médicament est – il bien toléré ou retrouve – t – on des effets indésirables ?

– INTERACTION :

Y'a – t – il une interaction médicamenteuse avec une autre prescription présente dans l'ordonnance ?

– AJUSTEMENT DE DOSE :

La dose du médicament doit – elle être ajustée (augmentée, diminuée, arrêt) ?

– SÉCURITÉ: Ce médicament nécessite – t – il une surveillance particulière ?



Outil DICTIAS -OBCv

Pour chaque médicament , l'évaluateur note

OK : pour continuer

STOP : pour arrêter

DOSE : pour modifier la posologie

Pour chaque patient

AJOUT : pour ajouter

Puis il vérifie la présence de certaines pathologies et de médicaments associés

O ostéoporose, fracture avec faible trauma, chutes répétées Médicaments de l'ostéoporose, Ca²⁺, Vit D

B BPCO stade modéré ou sévère :Beta2 + ou anticholinergique inhalés de longue durée d'action

CV

1. Athérosclérose cliniquement parlante
2. Diabète + Facteurs de risque
3. Insuffisance cardiaque
4. Coronaropathie, Post – Infarctus myocardique
5. Fibrillation atriale

Beta bloquant 3-4

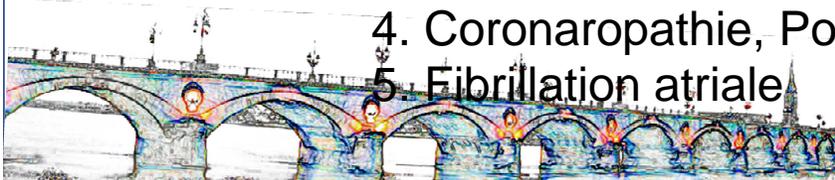
IEC 1-3-4

Statine 1-2-4

AAP 1-2-4

Anticoagulant 5

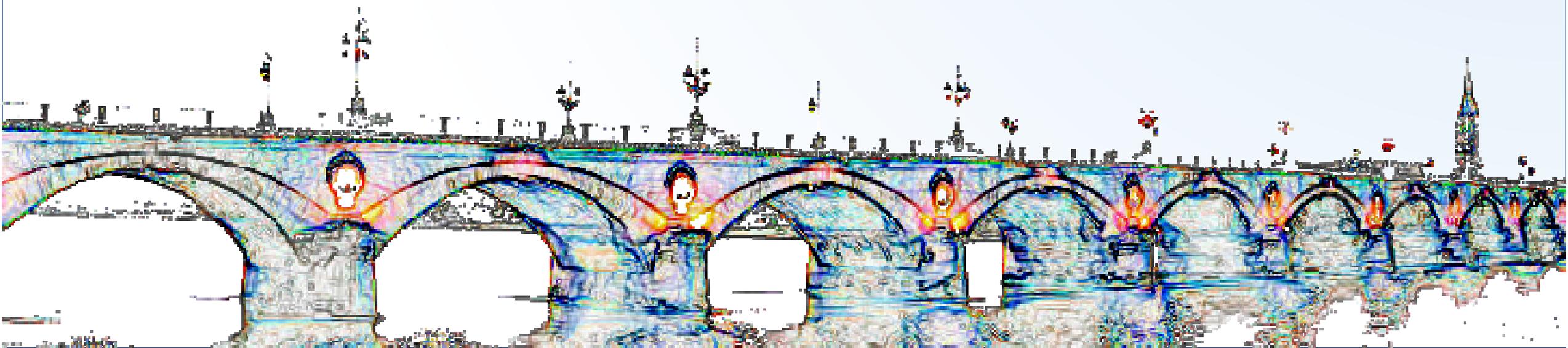
Nawabzad R, Friocourt P2 Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structurée La Revue de Gériatrie, Tome 40, N°6 JUIN 2015



Cas Clinique

Me N.Jacqueline 83 ans

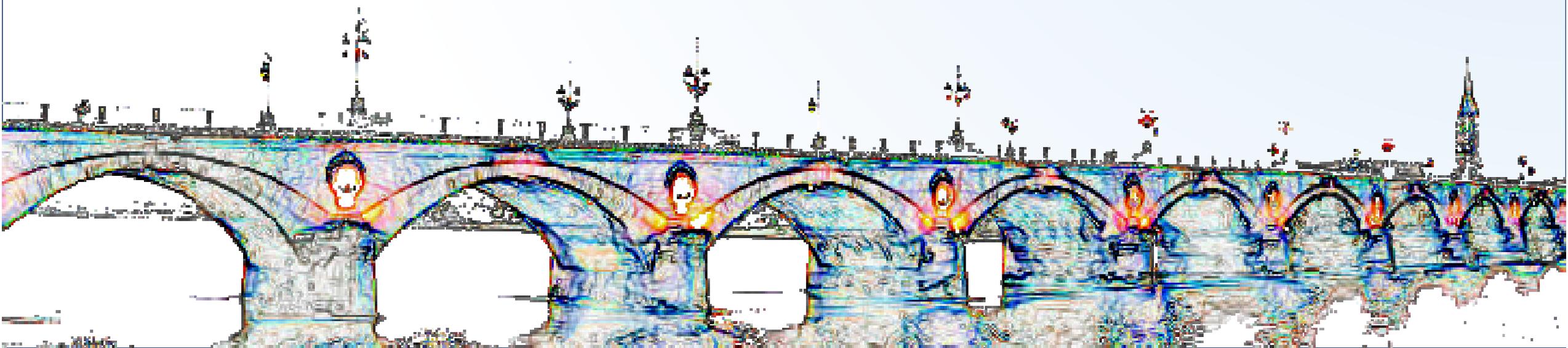
Anne Laure Bétégnie Centre Hospitalier Annecy Genevois



Cas Clinique

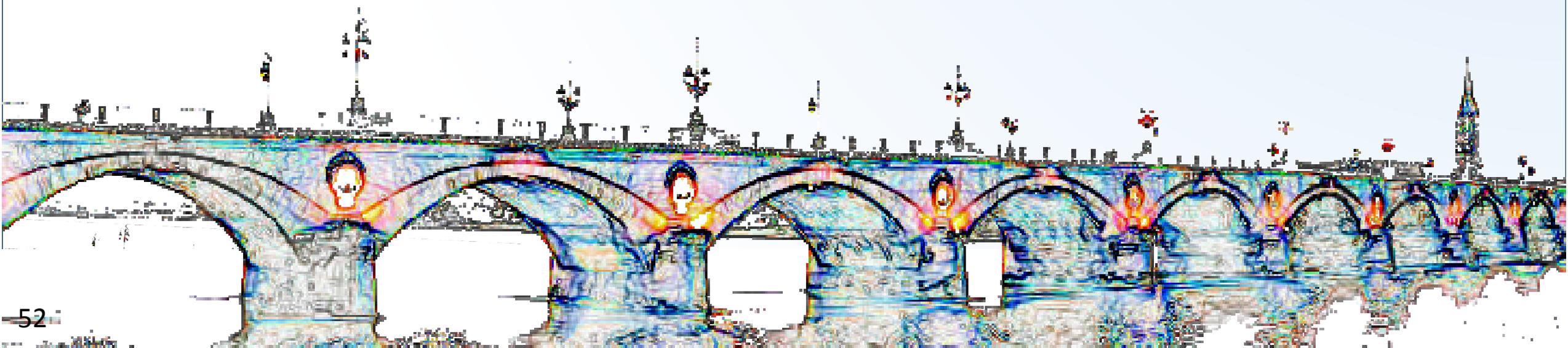
Me C. Denise 87 ans

Louise Mallet Centre Universitaire de santé Mc Gill Montréal



Présentation de l'EPP en ligne

Programme DPC Synprefh Revue de Pertinence



Calendrier

- Préparation des 10 premiers dossiers selon grille mai-juillet 2018 (Pharmacien + Médecin)
- saisie des 10 premiers patients www.synprefh.fr
- envoi par nos soins du 1er tableau de bord de résultats
- A partir de ce TB : préparation puis envoi de votre part des plans d'action. Mise en place de ceux-ci dans votre établissement
- 3 mois après : saisie des 10 nouveaux patients
- envoi du tableau de bord 2 et du tableau comparatif avec % amélioration
- Mai 2019 : Présentation des résultats Hopipharm Marseille



➤ Grille de recueil

✓ *Pour chaque patient inclus*

- Age
- Poids
- IMC
- Capacité de déglutition
- Fonction rénale

✓ *Thérapeutiques prescrites*

- Dénomination commune
- Forme galénique
- Posologie inscrite
- Durée inscrite

<http://epp.synprefh.org/epp/liste-patients-Basic.html>



➤ Critères de pertinence

- ✓ *Fonction rénale*
- ✓ *Déglutition*
- ✓ *Le médicament est-il adapté aux recommandations chez la personne âgée ?*
 - **Critères Stopp généralistes**
 - **Critères Stopp par système**
- ✓ *La prescription d'un autre médicament est-elle recommandée ?*
 - **Critères Start par système**
- ✓ *Y a-t-il des interactions médicamenteuses ?*
 - **Contre-indiquées**
 - **Déconseillées**
- ✓ *Quelle est la charge anticholinergique de l'ordonnance ?*



Evaluation de la pertinence de l'adéquation des prescriptions entre les pathologies du patient âgé et les médicaments prescrits.

Etablissement :

Nombre de Patients	10
Caractéristiques patients	
Age	89,1
Hommes	20%
Femmes	80%
Poids	64,46
poids renseigné	100%
IMC renseigné	100%
Analyse des prescriptions	
Nombre moyen de lignes	7,5
Charge anticholinergique moyenne	2,4
Pertinence des prescriptions par rapport aux critères START	50%
Pertinence	
Par rapport aux capacités de déglutition	93%
Par rapport à la fonction rénale	96%
Par rapport aux interactions déconseillées	99%
Par rapport aux interactions CI	100%
Par rapport aux critères STOPP généralistes	84%
Par rapport aux critères STOPP	84%
Pertinence globale	65%

Exemple de Tableau de Bord résultats Phase 1

