

Pharmacie Hospitalière et gériatrie

Anne Laure Bétégnie CH Annecy-Genoivois
Ana Kearney-Schwartz CHU Nancy
Mariannick Le Bot CHU Brest
Louise Mallet CHU Mc Gill Québec



Conduire une revue de pertinence



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.*



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*



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



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 bénéfiques/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 référentiels?

Critères de Beers



Définition:

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



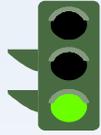
- 5 catégories
 - Médicaments à proscrire chez toute personne âgée
 - Médicaments à utiliser en s'entourant de précautions
 - Médicaments à éviter du fait d'interactions médicamenteuses
 - Médicaments à utiliser avec précaution en cas de fonction rénale altérée
 - Médicaments avec fortes propriétés anticholinergiques
- 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.
- Outil également mal 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*



Illustration livret d'Anecy

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

STOP ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES

Aspirine (Kardegic®) ≥ 160mg/jour pour une durée supérieure à 1 an	Risque de saignement sans augmentation d'efficacité
Association aspirine + clopidogrel > 1 an	Pas d'indication et risque de saignement
Aspirine (Kardegic®) / clopidogrel (Plavix®) si pas d'athérome documenté (clinique/imagerie) : SCA, AVC, AOMI	
Ticlopidine (Ticlid®)	Risque de toxicité hématologique
Si haut risque hémorragique	Risque de saignement Evaluer rapport bénéfice/risque (scores HAS-BLED, HEMORR ₂ HAGES)
Si association antiagrégant + anticoagulant en cas de FA et de coronaropathie	Risque de saignement Si association supérieure à 1 an : arrêt de l'antiagrégant. Si association inférieure à 1 an : évaluation de l'arrêt de l'antiagrégant selon la stabilité de la coronaropathie

STOP ANTICOAGULANTS

AVK (fluindione Previscan®, warfarine Coumadine®...) > 6 mois pour 1 ^{er} épisode de TVP non compliqué	Pas de bénéfice démontré et risque de saignement
AVK > 12 mois pour 1 ^{er} épisode d'EP non compliqué	Pas de bénéfice démontré et risque de saignement
Si haut risque hémorragique	Risque de saignement Evaluer rapport bénéfice/risque (CHADS-VASC-2 / HAS-BLED)

STOP DIGOXINE (Digoxine® 250µg)

A Dose > 125µg par jour	Risque de toxicité majorée : si besoin digoxinémie (surtout si insuffisance rénale)
-------------------------	---

START TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

Antagonistes calciques, diurétiques thiazidiques, IEC et/ou sartans si élévation permanente de la PAS > 160mmHg	4 classes thérapeutiques à privilégier pour l'HTA du sujet âgé => choix en fonction des facteurs de comorbidités
---	--

START IEC ET BÉTABLOQUANTS

Si angor stable : bêtabloquants à privilégier	Diminution de la morbi-mortalité et de la symptomatique (diminution de la FC => diminution de la conso en O ₂)
Si insuffisance cardiaque à FEVG altérée : associer IEC + bêtabloquant à dose modérée	Diminution de la morbi-mortalité

START STATINES

Si coronaropathie, AVC et/ou AOMI documentées et LDL > 1g/l, espérance de vie > 5 ans et selon autonomie du patient	Intérêt du traitement à évaluer selon le rapport bénéfice/risque (comorbidités, autonomie du patient)
---	---

START AVK

Dans la FA permanente	
-----------------------	--

START ANTIAGRÉGANT PLAQUETTAIRE

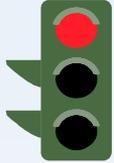
Aspirine / clopidogrel si athérome documenté (clinique/imagerie) (SCA, AVC, AOMI) et rythme sinusal

Systeme	Critère STOPP	Critère STOPP	Commentaire
CV	B1	La digoxine pour une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée	pas de preuve de bénéfice
CV	B2	Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV	risqued'aggravation de l'insuffisance cardiaque
CV	B3	Un β bloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem	risque de bloc de conduction cardiaque
CV	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
CV	B5	L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supra-ventriculaire	risque d'effets secondairesplus important que celui par β bloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem
CV	B6	Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle	des alternatives plus sûres etplus efficaces sont disponibles]
CV	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

Critère START

SA1	En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral(anti-vitamine 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
SA2	En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour)	risque cardio-embolique élevé
SA3	En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un antiagrégantplaquettaire aspirine, clopidogrel, prasugrel, 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 seuilsde 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour ladiastolique sont préférés	réduction de la morbimortalité cardiovasculaire
SA5	En présence d'une athérosclérose au niveau corona-rien, 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 morbimortalité cardiaque]
SA7	En présence d'une cardiopathie ischémique, un β bloquant	réduction de la morbimortalité cardiaque
SA8	En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable, un traitement β bloquant validé (bisoprolol,nébivolol, métoprolol, carvedilol	réduction de la morbimortalité cardiaque

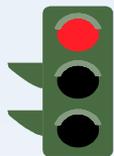
Stopp and Start V2



- 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/ antipneumococcique
 - Indications spécifiques pour
 - pics douloureux/goutte /glaucome/, hypertrophie prostatique obstructive/atrophie vaginale/ syndrome des jambes sans repos/ démence modérée à sévère.



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 Ehrh 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 en cours publi. Thérapie



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 :

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



Illustration du livret d'Annecy

PRINCIPALES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES nécessitant un suivi clinique et biologique pour leur gestion

HÉMORRAGIE SOUS AVK

AVK + AINS forte dose
AVK + antifongiques (Triflucan[®], Loramyc[®], Daktarin[®])
AVK + autre(s) traitement(s) induisant ou inhibant le métabolisme des AVK
AVK + antibiotiques (fluoroquinolones, macrolides...)

BRADYCARDIE

Bradycardisants +/- hypokaliémiants +/- médicaments allongeant le QT

INSUFFISANCE RÉNALE

Diurétiques +/- IEC +/- sartans +/- aliskiren (Rasilez[®])
+/- AINS
+/- médicaments néphrotoxiques (valaciclovir (Zelitrex[®]), aminosides, vancomycine, méthotrexate, lithium, produits de contraste iodés...)



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	SPECIAL ITE	Etat rénal selon RCP	RECOMMANDATIONS RCP	Etat rénal selon ICAR	RECOMMANDATIONS GPR
Ofloxacin	Oflozet (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 :

Clairance de la créatinine (ml/mn)	Posologie
90 - 60	1000 à 3000 mg/jour
59 - 30	Contre-Indiqué- consulter le Service ICAR
29 - 15	Contre-Indiqué- consulter le Service ICAR
<15 et HD	Contre-Indiqué
DPCA	Contre-Indiqué
HDVVC	Contre-Indiqué

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

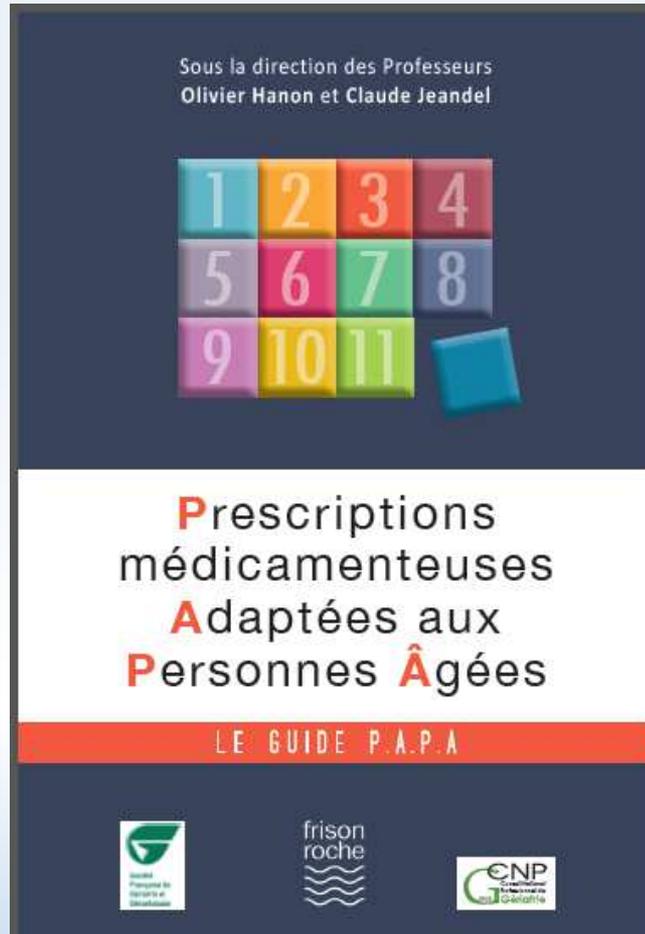
Liste Nationale SFPC

<http://sfpc.eu/fr/item1/summary/34-documents-sfpc-public/1475-sfpc-omedit-hn-liste-medic-ecrasables-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)		

Guide SFGG



Guide de bon usage des médicaments en gériatrie

ARS Lorraine

Les auteurs

Christine CORNEMENT, Denis CRAUS, Frederique PECASTAINGS, Lydie OSNOWYCZ, Julien AZZI, Christophe WILCKE, Benoit BEAUDOUIN, David PINEY, Sabine POIGNON, Sophie THOMAS, Catherine GUYOT, Francine JULIEN, Virginie CHOPARD

3 parties :

- Les médicaments inappropriés,
- Une liste préférentielle des médicaments dont le rapport bénéfice/risque a été évalué et jugé acceptable.
- Une partie infectiologie élaborée avec le réseau ANTIBIOLOR sur la base de l'ANTIOBIOVILLE (Jacques BIRGE, Thierry MAY, Christian GAUCHOTTE,



Quelles grilles d'EPP ?

Grille HAS 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

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-lesujet-tres-age-pmsa



Grille de recueil HAS PMSA

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



Grille de recueil HAS PMSA

- 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



Grille MAI Medication Appropriateness index

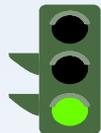
10 critères. Pour chaque médicament, l'intervenant cote sur une échelle de 1 à 3 chacun des critères suivants

- 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



Grille MAI



- intéressant en situation de régime médicamenteux complexe ou en présence d'une polymédication excessive
- informe sur le rapport risques-bénéfices de chaque médicament
- critères toutefois utilisés en guise de principes généraux de gestion médicamenteuse.



- temps requis

EPP Synprefh en ligne

➤ 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>



Grille EPP Synprefh 2

➤ Critères de pertinence

- ❖ *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 ?*



Grille EPP Synprefh 1

➤ Critères de pertinence

❖ *Pathologies*

- Pour chaque médicament prescrit, retrouve t'on une indication dans le dossier patient ?

❖ *Forme galénique*

- est elle adaptée aux capacités de déglutition

❖ *Posologie*

- est elle adaptée à la fonction rénale

❖ *Le médicament est il possiblement inapproprié chez le sujet âgé ?*

- Critères de Beers

Dans le cadre du DPC / Revue pertinence 2

- **Calendrier prévisionnel**
- Préparation des 10 premiers dossiers mai-juin 2017
- saisie des 10 premiers patients www.synprefh.fr à partir juin 2017
- Septembre : envoi par nos soins du 1er tableau de bord de résultats
- A partir de septembre 2017 : préparation puis envoi de votre part des plans d'action. Mise en place de ceux-ci dans votre établissement
- Novembre- décembre 2017 : saisie des 10 nouveaux patients
- Janvier 2018 : envoi du tableau de bord 2 et du tableau comparatif avec % amélioration
- Mai 2018 : Présentation des résultats Hopipharm Bordeaux



EPP en continu / Revue pertinence 1

- **Calendrier prévisionnel**
- A Préparation des 10 premiers dossiers mai-juin 2017
- saisie des 10 premiers patients www.synprefh.fr à partir juin 2017
- 1er tableau de bord de résultats
- préparation puis envoi de votre part des plans d'action. Mise en place de ceux-ci dans votre établissement
- saisie des 10 nouveaux patients
- tableau de bord 2 et du tableau comparatif avec % amélioration

