

Programmes et outils pour l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles

Programmes et outils PMSA* et Psycho-SA* pour améliorer la prescription chez le patient très âgé

Pr Sylvie Legrain, Dr Armelle Desplanques

* PMSA : Prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé ; Psycho-SA : Prescription des psychotropes chez le sujet très âgé

Synthèse – Historique – Perspectives – Contributeurs

SYNTHESE - Programmes et Outils PMSA et Psycho-SA

Chez le sujet âgé, la polymédication est habituelle et souvent légitime, car le médicament est avant tout une chance pour le sujet malade. Mais, cette polymédication augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique, dont témoigne les publications récentes dans des revues médicales prestigieuses sur l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé comme sur l'évitabilité de la iatrogénie médicamenteuse grave (Spinewine Lancet 2007 ; Pirohamed, Avorn , BMJ 2008).

20% des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées en tout ou partie à un médicament : une amélioration dans ce domaine doit conduire à une baisse de ces hospitalisations indues, d'autant que cette iatrogénie est, plus que chez l'adulte plus jeune, en grande partie évitable et liée à des médicaments de prescription usuelle.

Après avoir mis à disposition des programmes généraux sur la prescription chez le SA (PMSA 2005), la HAS a poursuivi avec les prescripteurs une réflexion plus centrée sur le mésusage des psychotropes chez l'octogénaire (Psycho-SA 2008).

L'ensemble des prescripteurs est concerné : généralistes en premier lieu, gériatres, urgentistes, spécialistes d'organe, médecins coordonnateurs en EHPAD... Si le généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé de plus de 80 ans, il n'est pas le seul. Ainsi, dans le domaine des hypnotiques, nombre d'entre eux sont initiés lors d'une hospitalisation, puis poursuivis en ville ou en EHPAD.

Ces travaux sont à disposition de tous les prescripteurs comme des organisations professionnelles comme ressources pour l'élaboration de programmes d'amélioration comme d'évaluation des pratiques (EPP) adaptés à chaque type d'exercice et de spécialité. Ces aides proposées ne résument pas, loin s'en faut, l'ensemble des outils utilisables dans des programmes d'EPP. Les initiatives et propositions des professionnels peuvent être mises à disposition de tous au sein de cet espace sur l'amélioration de la prescription chez l'octogénaire. Une journée d'échanges d'expériences entre professionnels est proposée chaque année à tous ceux intéressés par cette thématique.

HISTORIQUE - Programmes et Outils PMSA et Psycho-SA

1^{ère} phase PMSA (démarche générale pour toute prescription)

La démarche initiale de **PMSA** de 2003-2005, qui a regroupé médecins spécialistes de médecine générale, spécialistes d'organes, libéraux et hospitaliers, et pharmaciens, a été centrée sur la prescription chez le sujet polypathologique de plus de 65 ans ou âgé de plus de 75 ans.

Les grands axes ont été les suivants :

1° **Privilégier l'approche par pathologie ou situation clinique**, qui permet de mettre au cœur de l'acte médical la réévaluation des pathologies et donc l'optimisation diagnostique comme étape essentielle d'amélioration de la prescription. Ceci permet aussi d'aborder les alternatives non médicamenteuses et la prise de décision de traiter ou non, en partenariat avec le malade. Ceci est complémentaire d'une approche par la révision d'ordonnance ou centrée sur une classe pharmaceutique en particulier.

2° **Valoriser les deux étapes clés de la prescription** qui, au vu de la littérature et des avis d'experts, pouvaient être optimisées, afin d'améliorer le rapport bénéfice/risque d'un traitement médicamenteux : la primo-prescription et la définition de critères précis de suivi d'un traitement, tant au niveau de l'efficacité que de la tolérance.

3° **Proposer une démarche médicale générale centrée sur les questions à se poser** avant de prescrire ou applicable lors de la révision de la globalité du traitement, qui puisse s'appliquer à l'ensemble des classes médicamenteuses, avant d'aborder les spécificités de certaines classes.

Mise en ligne en 2005 d'exemples de programmes d'EPP

Des programmes courts d'EPP sont proposés à titre d'exemple dans l'espace thématique PMSA. Ils ont été élaborés par un groupe de médecins prescripteurs (associant généralistes, gériatres, cardiologue) et de pharmaciens (cf contributeurs). Ils partent de la révision des dossiers des patients, des ordonnances, des comptes-rendus d'hospitalisation,...

La constante est de ne pas vouloir tout recueillir mais de permettre à chaque prescripteur de prendre conscience de ses points forts comme de ses points faibles, pour mettre en œuvre ensuite des stratégies d'amélioration. Ainsi, lors de la révision des dossiers, certains médecins noteront qu'ils dosent trop rarement la créatininémie, d'autres qu'ils ne recueillent pas l'automédication, qu'ils n'explorent pas l'observance ou qu'ils pèsent insuffisamment leurs malades, ...

Les programmes d'amélioration des pratiques à bâtir autour de PMSA peuvent concerner l'ensemble des prescripteurs : généralistes, gériatres, urgentistes, spécialistes d'organe, médecins coordonnateurs. Ils concernent aussi l'ensemble des lieux d'exercice en milieu hospitalier, mais doivent être adaptés au contexte : urgences, court séjour, soins de suite, soins de longue durée, hôpital de jour et consultations.

2^{nde} phase Psycho-SA chez l'octogénaire (prescription centrée sur les psychotropes)

La deuxième phase (2006-2008) a concerné la classe des psychotropes (**Psycho-SA**). Cette classe qui recouvre les anxiolytiques et hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques, a été choisie en raison de la fréquence des prescriptions inappropriées chez le sujet âgé.

Ces prescriptions inappropriées recouvrent trois situations très différentes : l'excès de traitement ou « overuse », la prescription d'un médicament ayant un rapport bénéfice / risque défavorable ou « misuse » et l'insuffisance de traitement ou « underuse ».

Dans le domaine des psychotropes, l'« overuse » peut être illustré par la prescription excessive d'anxiolytiques, notamment chez les sujets âgés déprimés. A l'inverse, de nombreux sujets âgés ayant une dépression caractérisée ne sont pas traités par antidépresseurs « underuse ». Enfin, la prescription de psychotropes ayant des effets anticholinergiques, comme les phénothiazines ou les imipraminiques fait partie des prescriptions inadaptées ou « misuse ».

Quatre situations cliniques fréquentes ont été retenues pour améliorer la prescription des psychotropes : l'insomnie, l'anxiété, la dépression et les troubles du comportement (cette dernière situation fera l'objet de recommandations dans le cadre du plan Alzheimer qui seront finalisées en 2008-2009). Le travail s'est fait en trois temps : revue de littérature, groupe d'experts réunissant psychiatres, gériatres et spécialistes du sommeil, et groupe d'experts regroupant six généralistes, animé par un gériatre, pour finaliser des arbres décisionnels ciblés sur l'octogénaire et adaptés à la pratique en médecine générale. Ces arbres décisionnels ont reçu l'assentiment des psychiatres, spécialistes du sommeil et d'autres généralistes. Pour chaque arbre, un ou plusieurs objectifs pédagogiques ont été définis pour optimiser la prescription des psychotropes. Ainsi, pour l'insomnie sont proposés deux arbres décisionnels : l'un autour de la plainte récente autour du sommeil (objectif pédagogique: éviter la primo-prescription d'un hypnotique) ; le second autour de la plainte chronique autour du sommeil (objectifs pédagogiques : éliminer une pathologie psychiatrique – dépression - ou organique - syndrome d'apnées du sommeil - et éviter la primo-prescription d'un hypnotique).

Le choix de recentrer les propositions pour les sujets âgés de plus de 80 ans s'est imposé pour de nombreuses situations cliniques, afin d'offrir une aide réelle au prescripteur, et ne pas rester dans les généralités.

Les trois principales raisons du choix de cette classe d'âge ont été les suivantes :

1° Le sujet âgé de plus de 80 ans a souvent :

- une réserve fonctionnelle d'organes vitaux réduite par l'avancée en âge et des modifications de son homéostasie (exemple : régulation volémique)
- plusieurs maladies chroniques,
- plusieurs traitements médicamenteux.

→ L'approche par mono-pathologie doit être dépassée et une prise en charge globale doit être privilégiée.

Ainsi, la dépression expose le sujet très âgé au risque d'une diminution de l'observance des traitements de ses co-morbidités : ce point majeur doit être pris en considération.

2° Le sujet âgé de plus de 80 ans est très souvent exclu des essais cliniques en pré-AMM et des études post-AMM. Les accidents iatrogènes sont insuffisamment notifiés en pharmacovigilance chez les sujets très âgés, eu égard à leur fréquence.

→ Le prescripteur dispose de peu de données validées pour évaluer de façon précise chez un sujet octogénaire le rapport bénéfice / risque d'un traitement.

Ainsi, l'avis des médecins généralistes confrontés quotidiennement aux situations cliniques abordées prend d'autant plus de valeur.

3° Le médecin traitant d'un sujet très âgé, qu'il vive à domicile ou en EHPAD, est presque toujours un généraliste. D'autres professionnels de santé sont souvent impliqués dans la gestion des traitements médicamenteux, notamment des infirmières. L'accès au spécialiste « d'organe » n'est pas toujours possible (éloignement géographique, densité médicale, handicap et confinement au domicile).

→ Il est nécessaire de réfléchir sur un parcours de soins coordonné, autour du médecin généraliste, pour diminuer les hospitalisations en urgence liées au médicament.

Ainsi, cet espace thématique concerne l'ensemble des prescripteurs impliqués dans le parcours de soins.

PERSPECTIVES - Programmes et Outils PMSA et Psycho-SA

En octobre 2008, les programmes et outils PMSA et Psycho-SA proposent :

- une synthèse bibliographique PMSA,
- un rapport Psycho-SA
- des mémos qui résument les étapes clés de la prescription (PMSA), les synchroniseurs veille sommeil (Psycho-SA)....
- des outils d'aides à la prescription. Exemples pour PMSA, tableau de révision d'une ordonnance ; tableau de suivi d'un traitement ; fiche patient listant les 20 items à prendre en compte dans le dossier pour améliorer la prescription,... Pour Psycho SA : arbres décisionnels ; cas cliniques ; agenda du sommeil...
- des programmes courts d'EPP

Et, au sein du même espace sur le thème de la prescription chez le sujet très âgé :

- les recommandations de la HAS sur ce thème ou en rapport,
- des expériences cliniques, notamment dans le cadre de l'EPP
- des aides pour élaborer son propre programme EPP
- des chiffres et repères sur ce thème
- des liens utiles

Compte tenu de l'enjeu majeur en terme de santé publique et d'amélioration des pratiques professionnelles, les programmes PMSA et Psycho-SA peuvent servir de base à l'élaboration de programmes diversifiés d'amélioration et d'évaluation des pratiques (EPP), adaptés aux différents professionnels impliqués et prenant en compte le contexte de soins et le lieu d'exercice : médecine ambulatoire, en EHPAD ou hospitalière ; urgences, court séjour, soins de suite, soins de longue durée, hôpital de jour et consultations.

Les deux étapes clés de la prescription médicamenteuse chez le sujet octogénaire qui peuvent être l'objet d'EPP :

- 1- **la primo prescription d'un médicament**, en mettant l'accent sur l'évaluation de la situation clinique, étape diagnostique indispensable à une juste prescription ; le réflexe iatrogénique ; la définition d'objectifs thérapeutiques ; la prise en compte des co-morbidités et des co-médications dans le choix de la classe, de la posologie et de la durée ; et dès l'initiation, la définition de modalités précises de suivi d'efficacité et de tolérance ;
- 2- **la révision régulière (au moins annuelle) de l'ensemble des pathologies et des traitements** chez le sujet polypathologique et/ ou polymédicamenté, avec la mise en œuvre d'un suivi global du traitement, en accord avec le sujet et / ou son aidant.

CONTRIBUTEURS – Programmes et Outils PMSA et Psycho-SA

1^{ère} phase PMSA (programmes et outils)

☐ Pr Sylvie LEGRAIN, chargée de projet gériatre, médecin de santé publique, CHU Bichat–Claude Bernard, Paris

☐ Dr Armelle DESPLANQUES-LEPERRE, responsable du projet, chef de projet, HAS

☐ Pr Jean-Paul EMERIAU, gériatre, président du groupe de travail CHU de Bordeaux

Groupe de travail

☐ Mme Christiane BENEDETTI, infirmière, correspondant régional HAS, Marseille

☐ Dr Michel BOURGEOIS, médecin généraliste, Jonquières

☐ Pr Jean DOUCET, gériatre, thérapeute, CHU de Rouen

☐ Dr Charbanou JOCHUM, gériatre, médecin de santé publique, Hôpital Intercommunal, Saint Julien en Genevois

☐ Dr Gérard LYON, médecin généraliste, Paris

☐ Dr Anne-Sophie MORIN, médecine interne, CHU Hôpital Beaujon, Clichy

☐ Dr Pierre SQUARA, cardiologue, Clinique Ambroise Paré, Neuilly sur Seine

☐ Mme Danièle VILLANEAU, pharmacien, Hôpital Gériatrique, Genève, Suisse

☐ Dr Claude ZACCHARIAS, pneumologue, gériatre, Centre Hospitalier, Montfermeil

Relecteurs

☐ Mme Marie ERBAULT, chef de projet, HAS

☐ Dr Catherine MAYAULT, chef de projet, HAS

☐ Mme Marie-José RAVINEAU, chef de projet, HAS

☐ Dr Nathalie RIOLACCI-DHOYEN, chef de projet, HAS

2^{nde} phase Psycho-SA chez l'octogénaire (outils)

☐ Pr Sylvie LEGRAIN, chargée de projet gériatre, médecin de santé publique, CHU Bichat–Claude Bernard, Paris

☐ Dr Armelle DESPLANQUES-LEPERRE, responsable Unité Programmes Pilotes, HAS

☐ Dr Sandrine BUSCAIL, chef de projet Unité Programmes Pilotes

Groupe de travail

☐ Dr Charles AUTREAUX, médecin généraliste

☐ Pr Mireille BECCHIO, médecin généraliste

☐ Dr Catherine BOULNOIS, médecin généraliste

☐ Dr Gérard DOHEIN, médecin généraliste

☐ Pr Jean DOUCET, gériatre, thérapeute, CHU de Rouen

☐ Dr Patrick FREMONT, psychiatre

☐ Pr Philippe ROBERT, psychiatre

☐ Dr Sylvie ROYANT-PAROLA, psychiatre et neurobiologiste

☐ Dr Claude SICHEL, médecin généraliste

Relecteurs

☐ Dr Jean BRAMI, responsable du réseau des correspondants HAS

☐ Dr Yves GERVAIS, médecin généraliste

☐ Dr Nathalie RIOLACCI, chef de projet Unité Programmes Pilotes HAS

☐ Mme Marie ERBAULT, chef de projet Unité Programmes Pilotes HAS