

PLATE-FORME D'ECHANGES HAS PMSA

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET AGE - PREVENTION DE LA IATROGENIE

29 novembre 2012

PROJETS D'AMELIORATION DE LA PRESCRIPTION

SOMMAIRE

PROJETS D'AMELIORATION DE LA PRESCRIPTION

1.	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé par les médecins généralistes : évaluation de la qualité selon les recommandations de la HAS et réflexion sur son optimisation	p4
2.	En ambulatoire : poly médication des personnes âgées : 1, 2, 3,stop ! Ou prévenir la iatrogénie médicamenteuse par l'analyse partagée des pratiques	p6
3.	Troubles du sommeil chez les personnes âgées. Maîtrisons la consommation de psychotropes ! Campagne d'information auprès des patients âgés relayée par les médecins généralistes, psychiatres libéraux et les pharmaciens d'officine (2010)	p8
4.	Etude OPTIMA : OPTimisation thérapeutique médicamenteuse dans la Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (étude interventionnelle, randomisée, contrôlée, auprès des patients reçus en consultation mémoire et de leurs médecins traitants)	p10
5.	Exposition aux médicaments aux effets sédatifs et anticholinergiques et risque de chutes en cours d'hospitalisation chez des patients âgés	p12
6.	Essai randomisé OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) dans 6 unités de gériatrie aiguë (UGA) d'Ile de France	p14
7.	Essai randomisé OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) dans 6 unités de gériatrie aiguë (UGA) d'Ile de France	p15
8.	Outil « PMSA réseaux » : outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé Personnes Agées pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations	p17
9.	L'outil « Mon traitement » pour améliorer l'observance des personnes âgées (Réseau Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme)	p19
10.	Réseau d'EHPAD et SSR Korian : travail sur les 170 molécules médicamenteuses adaptés au sujet âgé, et mise en place d'un livret du médicament sur le réseau Korian	p20
11.	Sensibilisation des médecins traitants sur la prescription des psychotropes et la prévention de l'iatrogénie chez le sujet âgé résident en EHPAD	P21
12.	Impact d'une formation aux prescripteurs sur le bon usage du médicament chez le sujet âgé à partir de l'analyse d'ordonnances de personnes résidant en EHPAD en Loire Atlantique	p23
13.	Etat des lieux de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA de la personne âgée résidant en EHPAD	p25
14.	Améliorer la prescription médicamenteuse en EHPAD	p27
15.	En EHPAD, UN PASA PEUT EN CACHER UN AUTRE : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés ou Prescriptions Allégées Suffisantes et Appropriées.	p29
16.	Impact d'une démarche QUAlité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des Résidents en EHPAD (IQUARE)	p31
17.	Sommeil et sujet âgé : EHPAD et analyse des pratiques professionnelles	p32
18.	Etude / action menée par l'ARS Auvergne pour lutter contre le risque iatrogène médicamenteux dans les 226 EHPAD de la région Auvergne.	p34
19.	Réévaluation des prescriptions par un binôme pharmacien/médecin en unités de Long Séjour psycho gériatrique : résultats et impact	p36
20.	Impact d'interventions médico-pharmaceutiques sur la consommation d'hypnotiques en Unité de Soins de Longue Durée	p38
PR	OJETS CIBLES AMI ALZHEIMER (Alerte et Maitrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzhein	ner)
21.	Action de sensibilisation du médecin aux risques des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer en médecine de ville	p41
22.	Elaboration d'un guide de communication pour les partenaires sociaux des patients-Alzheimer	p43
23.	Utilisation des neuroleptiques chez les patients âgés de 65 ans et plus, étude transversale sur une base de données nationale de médecine générale	p44
24	Community Occupational Therapy in Dementia Programs (COTID): formation continue de l'ANEE pour la diffusion du	p46

programme COTID en France.

25.	Approche pratique de l'évaluation du milieu de vie : exploration d'un modèle de pratique en ergothérapie dans des services de soins ESA-MAIA	p48
26.	Surveillance en temps réel de la prescription de Neuroleptiques chez les patients bénéficiant d'une prise en charge dans un centre mémoire et d'une inclusion dans la Banque Nationale Alzheimer	p50
27.	Place des réseaux de santé gérontologiques dans la prévention de la iatrogénie liée aux neuroleptiques chez les patients porteurs d'une maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées.	p52
28.	Evaluation de la prescription de psychotropes chez les patients Alzheimer	p54
29.	Mise en place du programme AMI Alzheimer dans 5 Ehpad du groupe Korian utilisant le système Médissimo	p55
30.	Déploiement du programme AMI Alzheimer sur les EHPAD et USLD du CH de Valenciennes (CHV)	p57
31.	Déploiement du programme AMI-Alzheimer dans les EHPAD du Nord Pas de Calais et suivi rapproché des EHPAD du territoire du GCS filière gériatrique du Valenciennois	p59
32.	Efficacité de la thérapie écosystémique sur les troubles du comportement	p61
33.	Les neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, un aspect de l'étude / action menée par l'ARS Auvergne pour lutter contre le risque iatrogène médicamenteux dans les 226 EHPAD de sa région.	p62
34.	Évaluation de la pertinence de la prescription des neuroleptiques chez le malade Alzheimer et démences apparentées : mise en œuvre de la méthode AMI (Alerte et Maitrise de la latrogénie)	p64
35.	Pertinence et suivi des prescriptions des neuroleptiques chez des patients souffrants de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (MAMA)	p66
36.	Réunions conjointes – ARS/Programme MobiQual – d'information et de sensibilisation sur les bonnes pratiques de soins.	p68
37.	Thème 2012 : prescription des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées	
38.	ALzheimer COperative Valuation in Europe : BOITE A OUTILS pour la réduction de la prescription inappropriée des neuroleptiques chez les malades Alzheimer	p70
39.	Intervention Equipe Mobile Gériatrique Externe de Bretonneau en direction des EHPAD des arrondissements 8,9,10,17,18,19,20 éme arrondissements de Paris	p71



Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé par les médecins généralistes : évaluation de la qualité selon les recommandations de la HAS et réflexion sur son optimisation

_								
		$\overline{}$	B 4					0
	ĸ	u	IVI	u	TE	: U	ĸ	2

Docteur Sonia BACHELET (
soniabachelet@hotmail.com), Pr Bruno LEPOUTRE

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Bien prescrire chez la personne âgée est un exercice difficile et fréquent en médecine générale car la polypathologie conduit à une polymédication, souvent légitime, mais qui augmente le risque d'accident iatrogène. Afin d'aider les prescripteurs la HAS a créé en 2005 un programme pilote dans lequel elle a défini des critères de qualité PMSA pour la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)

Objectif primaire : évaluer la qualité de la PMSA prescription chez le sujet âgé par les médecins généralistes du Val d'Oise en utilisant comme référentiel de qualité les critères PMSA.

Objectif secondaire : réflexion sur une éventuelle réactualisation de ce programme 7 ans après, et sur l'établissement de nouveaux critères de qualité.

2. Modalités de mise en oeuvre

Etude observationnelle multicentrique.

Tirage au sort stratifié de 375 médecins, parmi les médecins généralistes installés en secteur 1 et 2 dans le 95.

Au final, 112 médecins inclus pour l'analyse statistique.

Analyse d'un questionnaire et de l'ordonnance du dernier patient de ≥ 75 ans, vu en consultation, selon les critères PMSA, pour chaque médecin.

Critère de jugement principal: application des 5 critères PMSA principaux sur l'ordonnance analysée.

Etats des lieux sur la prescription des antihypertenseurs, antiagrégants plaquettaires et anticoagulants, très impliqués dans la survenue d'accidents d'origine iatrogène

Mise en oeuvre des princip	es du programme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON	
Outils PSMA utilisés ou adap	tés			
☑ Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA			
Fiche mémo	Fiche révision ordonnance			
Tableau de suivi	☐ Autres :			

BILAN ET EVALUATION

61,6% des médecins appliquaient les 5 principaux critères PMSA, et l'application de ces critères était significativement moins élevée sur les ordonnances de ≥ 5 médicaments.

Alors que plus de 90% des ordonnances ne contenaient pas de vasodilatateurs cérébraux, pas plus de 1 benzodiazépine et de 1 AINS, seul 66% étaient structurées par domaine pathologique.

81,2% des patients avaient au moins un antihypertenseur et 9,8% en recevaient plus de trois.

35,7% avaient un antiagrégant plaquettaire et 17% un anticoagulant.

1PMSA2912

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

La PMSA par les médecins généralistes est de bonne qualité mais pas encore optimale, notamment pour la prescription des antihypertenseurs

Freins difficultés

- Manque de temps.
- Observance des patients

Propositions

- Les habitudes de prescriptions ont changé depuis 2005.
- Envisager une réactualisation des critères PMSA, en incluant les antihypertenseurs, antiagrégants plaquettaires et anticoagulants.



En ambulatoire : poly médication des personnes âgées : 1, 2, 3, ...stop ! Ou prévenir la iatrogénie médicamenteuse par l'analyse partagée des pratiques..

PROMOTEURS

SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) - Docteur Jérôme LURCEL ([XZ] j.lurcel@wanadoo.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La iatrogénie médicamenteuse est la cause de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 70 ans. Plusieurs recommandations de la HAS et un document de l'Afssaps traitent de ce problème et des réponses à y apporter. Il nous semble primordial d'offrir, aux médecins, la possibilité de s'approprier ces recommandations, en partant d'une analyse réflexive de leur pratique. C'est la démarche que nous proposerons aux participants de cette action de DPC imaginée pour médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, diabétologues, neurologues et gériatres.

Ce programme répond spécialement aux orientations et objectifs suivants :

- Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées,
- Implication des médecins dans la sécurité des soins, dans le domaine de la prescription médicamenteuse adaptée aux personnes âgées,
- Optimisation des stratégies thérapeutiques médicamenteuses par l'abandon de médicaments inutiles et par l'introduction de médicaments recommandés dans un contexte clinique donné,
- Amélioration de la pratique médicale en s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique émanent de la HAS et de l'AFSSAPS à propos de la iatrogénie médicamenteuse et des règes de prescription chez la personne âgée, pour minimiser les risques

2. Modalités de mise en oeuvre

Ce programme comporte :

- Phases de recueil des pratiques : un QCM initiateur est adressé à chaque participant avant la première réunion présentielle,
- Phase d'observation des pratiques : les participants remplissent une observation pour 5 de leurs patients pendant 6 mois (entre les 2 réunions présentielles)
- Phase d'analyse partagée des pratiques : certaines de ces observations seront étudiées et discutées lors de la seconde journée présentielle
- Phase d'acquisition et de renforcement des connaissances: lors des 2 réunions présentielles, par des exposés des experts sur les règles de prescriptions médicamenteuses en gériatrie, en générale et dans des situations identifiées

identi	,		general, en g	,	
Mise en d	euvre des principes	du programme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON	_
Outils PSI	MA utilisés ou adapté	s			
\checkmark	Critères PMSA	☐ Liste IPC AMI PMSA			
\checkmark	Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance			
\checkmark	Tableau de suivi	☑ Autres: STOPP START			

BILAN ET EVALUATION

Seront utilisés les indicateurs suivants :

- Progression des réponses au QCM permettant de mesurer l'acquisition de connaissances.
- Evolution du nombre de lignes de médicaments à propos des suivis de dossiers
- Nombre de prescriptions demeurant inappropriées après le suivi de 6 mois.
- Nombre de contre-indications d'association médicamenteuses persistantes après le suivi de 6 mois.

2PMSA2912

6

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Petits groupes de participants (une quinzaine).
- Mobiliser un ou des experts reconnus et leur assurer une rémunération décente.
- Réunions présentielles conduites par un animateur d'expérience.
- Avoir le soutien logistique d'un secrétariat spécialisé dans la formation des médecins.
- Compenser la perte de ressource des participants par une indemnisation.

Freins difficultés

- Difficile de mobiliser en l'absence d'indemnisation.
- Trouver des experts de qualité

Propositions

- Promotion institutionnelle forte de ce type de projet.
- Exigence d'indépendance absolue



Troubles du sommeil chez les personnes âgées. Maîtrisons la consommation de psychotropes!

Campagne d'information auprès des patients âgés relayée par les médecins généralistes, psychiatres libéraux et les pharmaciens d'officine (2010)

PROMOTEURS

Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins de Rhône-Alpes - Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) de Rhône-Alpes (

http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1547)

Partenaires : Conseil Régionaux de l'Ordre des Médecins et de l'Ordre des Pharmaciens, Centres régionaux de pharmacovigilance, Service Médical de l'Assurance-Maladie Rhône-Alpes, Professeur GONTHIER (gériatre), HAS

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Partant des constats suivants :

- Une population âgée particulièrement vulnérable et concernée par le problème de la consommation exagérée en hypnotiques,
- Des recommandations convergentes vers un renforcement de l'information des professionnels de santé et des patients, dans la prise en charge des troubles du sommeil ou de l'amélioration de la consommation d'hypnotiques,
- Des actions de communication grand public d'autant plus efficaces lorsqu'elles sont relayées par des actions auprès des professionnels de santé,
- Des médecins et des patients convaincus de la possibilité de faire évoluer les comportements, et qu'une consultation ne doit pas forcément conduire à une prescription.

L'URML Rhône-Alpes a souhaité mener une action de communication spécifique auprès des médecins généralistes, des psychiatres, et des pharmaciens, à destination in fine des personnes âgées souffrant de troubles du sommeil (hors pathologie particulière), pour en améliorer la prévention et la prise en charge en région Rhône-Alpes.

Une plaquette d'information, à visée pédagogique, a été réalisée et diffusée aux patients qui se plaignaient de tels troubles : le message oral des professionnels de santé étant ainsi accompagné et renforcé par un message écrit qui peut être conservé comme « pense-bête ».

Une affiche a également été réalisée pour les salles d'attente des médecins ou les officines afin d'inciter les patients à ouvrir le dialogue avec le professionnel de santé.

Il s'agissait d'une action de sensibilisation auprès des personnes âgées se plaignant de troubles du sommeil (en dehors de toute pathologie spécifique qui aura été écartée préalablement par le professionnel de santé), leur rappelant les modifications « naturelles » du sommeil liées à l'âge, les conseils hygiéno-diététiques simples pour mieux dormir, les risques liés à la prise d'hypnotiques, les moyens d'inciter les patients à arrêter les hypnotiques ; les autres traitements possibles.

Des plaquettes d'information (cinq) et une affiche ont été diffusées à chaque professionnel de santé de Rhône-Alpes (médecins généralistes, psychiatres et pharmaciens) par la poste, avec un courrier d'accompagnement précisant les objectifs et les modalités de cette campagne d'information.

Les professionnels de santé ont ensuite été incités à consulter le site Internet de l'URML-RA et celui de ses partenaires pour télécharger ce document, à la demande, selon leurs besoins.

Cette information a été relayée également au travers nos divers supports d'information (Bulletin Trait d'Union, newsletter, site Internet).

Dans le cadre de sa démarche participative pour « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé », la Haute Autorité de Santé a signé une convention avec l'URML RA pour expérimenter à un niveau régional une campagne de communication sur le sujet. Ces travaux avaient pour objectif de servir à la réflexion nationale, comme retours d'expérience. L'URPS Médecins RA ne peut que se réjouir de voir qu'en 2012 une campagne nationale est conduite par la HAS.

Recensement des recommanda

- Recensement des recommandations et des messages de santé publique existants
- Réunions du Comité de pilotage constitué de médecins généralistes, psychiatres, pharmaciens et partenaires
- Réalisation d'un test auprès d'usagers pour évaluer la perception autant sur le fond que sur la forme de la plaquette d'information
- Diffusion des documents validés auprès de 9 700 professionnels de santé, répartis en : 6 400 médecins généralistes libéraux ; 600 psychiatres libéraux et 2 700 pharmaciens titulaires d'officines de pharmacie
- Mise en ligne sur le site Internet

•	cipes du programme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON	
Outils PSMA utilisés ou	adaptés			
Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA			
☑ Fiche mémo	Fiche révision ordonnance			
Tableau de sui	vi 🗖 Autres:			

BILAN ET EVALUATION

Deux types de mesures d'impact :

- Les statistiques de consultations du site de l'URPS Médecins RA. Lors du bilan de notre action réalisé début 2011, nous avons comptabilisé plus de 1 000 visites et 648 téléchargements (sur 9 mois). Ces résultats sont un peu décevants mais cependant à relativiser. D'une part, les documents envoyés par courrier ont pu être photocopiés par les professionnels de santé. D'autre part, les documents étaient également disponibles sur les sites de nos partenaires.
- Une mesure des données de l'assurance maladie sur la consommation régionale en anxiolytiques et/ou benzodiazépines. Constat : une augmentation du taux de patients (entre 65 et 85 ans) avec prescription chronique en hausse entre 2009 (18,9 %) et 2010 (25 %); par contre, le taux de patients avec primo prescription en baisse : de 8,4 % à 4,9 %. Ces résultats sont difficilement interprétables.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Les partenariats : riches et dynamiques
- Action au long cours car ré-activable selon les besoins (toujours sur le site)

Freins difficultés

- De trop nombreuses sollicitations auprès des professionnels de santé qui rendent les actions de communication parfois décevantes.
- Un changement de mandature et de statut (passage de l'URML à l'URPS) qui a limité nos actions de communication.

3PMSA2912



Etude OPTIMA : OPTimisation thérapeutique médicamenteuse dans la Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (étude interventionnelle, randomisée, contrôlée, auprès des patients reçus en consultation mémoire et de leurs médecins traitants)

PROMOTEURS

Virginie DAUPHINOT, Christelle MOUCHOUX (<u>⊠ christelle.mouchoux@chu-lyon.fr).</u> Pierre KROLAK-SALMON (CMRR Lyon - Hospices Civils de Lyon)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Bien qu'il n'existe à ce jour aucun traitement curatif de la Maladie d'Alzheimer et des Maladies Apparentées (MAMA), l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse constitue chez ces patients un axe majeur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'identification des problèmes liés à la prescription médicamenteuse (ex : prescription de médicaments potentiellement inappropriés, mode de prescription non adapté etc.) qui peuvent être majorés avec le vieillissement du fait des modifications pharmacologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à l'âge et aux pathologies aigües associées peut ainsi permettre d'améliorer la prise en charge médicamenteuse de ces patients.

Notre hypothèse est qu'un programme d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse, devrait permettre d'améliorer la prescription des médicaments chez des patients atteints d'une MAMA et par conséquent permettre le ralentissement de la perte d'autonomie et du déclin cognitif. Ce programme d'optimisation comprendrait une analyse pharmaco-thérapeutique de la prescription par un pharmacien-clinicien avec la réalisation d'un historique médicamenteux et la rédaction d'avis pharmaceutiques destinés aux médecins traitants au centre de la prise en charge des patients. A ce jour, ce type d'intervention a été évalué uniquement que chez des patients hospitalisés et non atteints de MAMA.

Objectif principal : Evaluer l'impact d'un programme d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez les patients atteints de MAMA sur la progression de la dépendance à 2 ans.

Objectifs secondaires:

- 1) Au niveau des patients : Evaluer l'impact du programme sur les risques d'une ou plusieurs hospitalisations, de recours aux services d'urgences, le délai avant institutionnalisation, la mortalité, l'évolution globale des fonctions cognitives et l'observance thérapeutique;
- 2) Au niveau des médecins traitants : Evaluer l'impact du programme sur la prescription des médicaments potentiellement inappropriés et les problèmes identifiés liés à la thérapeutique médicamenteuse ;
- 3) Evaluer la faisabilité du programme au travers de l'acceptation des avis pharmaceutiques émis par le pharmacien-clinicien et du coût de sa mise en œuvre.

2. Modalités de mise en œuvre

Le programme « OPTIMA » est une intervention comprenant la réalisation d'un historique médicamenteux, et d'une analyse pharmaco-thérapeutique des prescriptions des patients conduisant à des recommandations du pharmacien-clinicien destinées aux médecins traitants généralistes ou spécialistes des patients.

L'analyse pharmaceutique réalisée par le pharmacien-clinicien sera adaptée aux spécificités de la personne âgée atteinte de MAMA. Une synthèse de cette analyse incluant des suggestions de modifications de la prescription médicamenteuse et des conseils pharmaceutiques, sera renseignée dans le dossier patient et transmise aux médecins libéraux selon un format standardisé. Dans le cadre de cette analyse pharmaceutique, un plan de prise sera rédigé et mis dans le dossier patient afin d'être transmis au patient. Le plan de prise se présente sous la forme d'un tableau à double entrée permettant d'identifier la répartition optimale des prises médicamenteuses sur la journée ou le nycthémère, tenant compte des interactions entre médicaments ou avec les aliments.

Le programme « OPTIMA » s'inscrit dans le parcours habituel du patient venant en « consultation mémoire », permettant ainsi d'évaluer son impact dans la pratique quotidienne.

Mise en oeuvre des principes du pro	ogramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
Outils PSMA utilisés ou adaptés			
Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA		
Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance		
Tableau de suivi	☐ Autres :		

BILAN ET EVALUATION

L'évaluation de ce programme d'optimisation sera réalisée lors d'un essai clinique randomisé à 2 bras, mis en place auprès de 302 patients âgés de 65 ans et plus, reçus à la « consultation mémoire » de l'hôpital des Charpennes, et atteints d'une MAMA, à un stade de déficit cognitif léger ou de démence légère à modérée et vivant à domicile. Les avis pharmaceutiques seront transmis uniquement aux médecins traitants des patients appartenant à bras intervention.

L'efficacité de l'intervention sera évaluée sur le critère de jugement principal suivant : évolution de la perte d'autonomie, évaluée tous les 6 mois jusqu'à 2 ans de suivi, à partir de l'échelle IADL de Lawton, et comparée entre les 2 bras de l'étude.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- L'adhérence des médecins traitants et des patients au programme et le suivi des avis pharmaceutiques du pharmacien-clinicien.
- La standardisation de la procédure d'analyse des ordonnances et l'adaptation des avis pharmaceutiques pour les patients atteints de MAMA

Freins difficultés

 Coût et organisation de la mise en place du programme d'optimisation avec intervention d'un pharmacien-clinicien

Propositions

 Si notre hypothèse est vérifiée, nous proposerons la mise en place du programme d'optimisation dans le parcours de soin des patients reçus en consultation mémoire



Exposition aux médicaments aux effets sédatifs et anticholinergiques et risque de chutes en cours d'hospitalisation chez des patients âgés

PROMOTEURS

Virginie DAUPHINOT, Rémi FAURE, Christelle MOUCHOUX (☑ christelle.mouchoux@chu-lyon.fr). Pierre KROLAK-SALMON (Hospices Civils de Lyon)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

L'exposition aux médicaments sédatifs et anticholinergiques est associée à une augmentation du risque de chutes dans des études transversales. Pour mesurer cette exposition, un score, le Drug Burden Index (DBI) calculant la charge médicamenteuse de ces 2 classes thérapeutiques a récemment été publié dans la littérature.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre ce score DBI calculé sur les prescriptions médicamenteuses à l'entrée et à la sortie des séjours hospitaliers des patients et le risque de chutes en cours d'hospitalisation.

2. Modalités de mise en œuvre

Il s'agit d'une étude longitudinale observationnelle auprès de patients hospitalisés. L'étude sur le DBI et les chutes correspond à un objectif secondaire de l'étude multicentrique PAHO portant sur 337 patients de 3 hôpitaux gériatriques des Hospices Civils de Lyon et dont l'objectif principal est de décrire l'évolution des prescriptions médicamenteuses, du DBI et leurs déterminants.

Dans l'étude sur le DBI et les chutes, les prescriptions médicamenteuses à l'entrée et à la sortie des séjours hospitaliers ont été explorées pour 110 patients de l'hôpital des Charpennes. Ces prescriptions ont été recueillies grâce au logiciel informatique hospitalier intégré. Le score DBI a été calculé pour chaque patient sur les prescriptions d'entrée et de sortie. Ce score prend en compte les médicaments ayant des propriétés sédatives ou anticholinergiques, ainsi que leurs posologies.

La survenue d'une chute en cours d'hospitalisation a été recueillie dans le cadre de la déclaration obligatoire via le logiciel ENNOV.

L'association entre le score DBI moyen, l'évolution de ce score en cours d'hospitalisation et la survenue d'une chute a été étudiée à partir d'un modèle linéaire généralisé pour mesures répétées

Mise en oeuvre des	principes du	programme	PMSA de	la HAS	□ OUI	☑ NON

BILAN ET EVALUATION

Sur les 110 patients inclus (âge moyen = 85 ans), 13 patients (11,8%) ont chuté au moins une fois en cours d'hospitalisation. Ces patients étaient plus fréquemment atteints de syndromes démentiels et de symptômes dépressifs et anxieux que les non chuteurs.

Alors que le score DBI n'était pas différent en début de séjour hospitalier entre les patients ayant chuté ou non (p=0,88), le score DBI était plus élevé en fin d'hospitalisation chez les patients ayant chuté (DBI sortie non chuteurs : 0,60 vs 0,97 chez les chuteurs, p=0.04).

Cette différence restait significative après ajustement sur le sexe, l'âge, le mode de vie, la situation maritale, les syndromes démentiels et symptômes dépressifs, le nombre de médicaments, ainsi que sur la durée de séjour.

L'accroissement du score DBI chez les patients ayant chuté était caractérisé par l'augmentation de la fréquence de prescription d'anxiolytiques, d'hypnotiques, d'antidépresseurs et de neuroleptiques.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

 Analyse pharmaceutique des prescriptions, calcul du DBI en temps réel

Freins difficultés

 Mise en place du calcul du score (données des doses minimales recommandées dans les RCP), recueil des posologies...

Propositions

 Utilisation du DBI pour identifier les patients à risque de survenue de chutes, permettant de mettre en place des mesures préventives



Essai randomisé OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) dans 6 unités de gériatrie aiguë (UGA) d'Ile de France

PROMOTEURS

PHRC AOM06077, Pr Sylvie Legrain (investigateur principal)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Evaluer l'impact sur le passage aux urgences et les réhospitalisations à 3 et 6 mois d'une intervention multi-facette focalisée sur 3 facteurs de risque d'hospitalisations évitables (problèmes liés au médicament, dépression et dénutrition) et réalisée chez des malades admis en urgence dans les 6 UGA.

Intervention en UGA à 3 niveaux : optimisation de la prescription médicamenteuse (adaptation des outils PMSA), éducation des patients/ et ou de leurs aidants et coordination renforcée avec la ville.

2. Modalités de mise en œuvre

Essai randomisé (Zelen) multicentrique

UGA en lle de France

4 médecins investigateurs formés à l'intervention

Intervention : optimisation de la prescription médicamenteuse (optimisation diagnostique et thérapeutique) auprès du gériatre usuel, éducation thérapeutique (nouveau programme conçu pour prendre en compte la polypathologie et la polymédication et centré sur l'acquisition de compétences de sécurité) et renforcement de la coordination avec les professionnels de ville (en particulier médecin traitant)

Mise en oeuvre (des principes	du programme	PMSA de la HAS	M O∩I	☐ NON
------------------	---------------	--------------	----------------	-------	-------

Outils PSMA utilisés ou adaptés

☐ Critères PMSA ☐ Liste IPC AMI PMSA ☐ Fiche mémo ☐ Fiche révision ordonnance

☐ Tableau de suivi ☐ Autres : Adaptation de plusieurs outils PMSA...

BILAN ET EVALUATION

665 malades admis en urgence et inclus consécutivement

317 groupe intervention (GI) et 348 groupe contrôle (GC)

Age moven 86 ans, 6,7 médicaments chroniques à l'admission

Amélioration de la survie sans passage aux urgences ni réhospitalisation à 3 mois, mais pas à 6 mois dans le GI Diminution relative de près de 30% des patients réhospitalisés : 33% de patients réhospitalisés ou admis aux urgences à 3 mois dans le GC versus 30, 05 dans le GI (p 0.03)

Legrain et al. J Am Geriatr Soc 2011;59:2017–2028.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

 Pas d'effet centre ni investigateur qui traduit une probable bonne reproductibilité de l'intervention

Freins difficultés

- Un seul médecin, pas d'infirmier
- Pas d'intervention en SSR et après la sortie

Propositions

 Diffuser OMAGE au niveau des filières gériatriques en formant des binômes gériatre/infirmier et s'articuler avec la ville pour renforcer les messages clés et les ajuster à la vie quotidienne.



Essai randomisé OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) dans 6 unités de gériatrie aiguë (UGA) d'Ile de France

PROMOTEURS

PHRC AOM06077, Pr Sylvie Legrain (investigateur principal)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Evaluer l'impact sur le passage aux urgences et les réhospitalisations à 3 et 6 mois d'une intervention multi-facette focalisée sur 3 facteurs de risque d'hospitalisations évitables (problèmes liés au médicament, dépression et dénutrition) et réalisée chez des malades admis en urgence dans les 6 UGA.

Objectif secondaire de l'essai OMAGE : Evaluer l'impact de l'intervention OMAGE sur les réhospitalisations liées au médicament (iatrogénie, observance et « underuse ») dans les 6 mois suivant la sortie de l'UGA.

Actions sur la prescription médicamenteuse (adaptation des outils PMSA), éducation des patients/ et ou de leurs aidants et coordination renforcée avec la ville.

2. Modalités de mise en œuvre

Adjudication des réhospitalisations en service de médecine sur les 6 sites hospitaliers de l'étude :

311 readmissions (180 dans le groupe contrôle –GC-, 131 dans le groupe intervention-GI) durant les 6 mois suivant la sortie de geriatrie aigue pour les 639 patients suivis (339 GC 300 GI).

185 (59.5%) des readmissions ont été adjudiquées (102 (56.7%) GC, 83 (63.3%) GI, p=.06)

Comité d'adjudication composé de 3 gériatres avec évaluation de l'imputabilité des médicaments (iatrogenie, inderuse et/ou observance) dans la rehospitalisation, en aveugle du groupe de randomisation et à partir des comptes rendus de sortie.

L'« underuse » a été évalué uniquement pour 7 pathologies ciblées (insuffisance cardiaque systolique, osteoporose fracturaire, depression, syndrome coronaire aigu, embolie arterielle et ACFA, denutrition et thérapie sous-optimale dans ces pathologies et absence de vaccination antipneumoccocique et pneumopathie franche lobaire aigue ou infection à pneumoccoque documentée).

infection a pneumoccoque documentes	?).		
Mise en oeuvre des principes du pro	gramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
Outils PSMA utilisés ou adaptés			
Critères PMSA	☐ Liste IPC AMI PMSA		
Fiche mémo	☐ Fiche révision ordonnance		
Tableau de suivi	☑ Autres : Adaptation de plusi	eurs outils PMS	A

BILAN ET EVALUATION

Dans le GC, les problèmes liés au médicament sont la principale cause de réadmission : 40.4% des réhospitalisations, dont près de 30% liées en tout ou partie à la iatrogénie

L'intervention OMAGE est associée avec une diminution du risque relatif des readmissions liées aux médicaments de 14.3% (p=54) avec une diminution de 39.7% des réadmissions liées à la iatrogénie (p=.12) malgré le manque de puissance de l'étude.

L'intervention n'a eu aucun impact sur les prescriptions de sortie, caractérisées dans les deux groupes par une augmentation du profil iatrogénique des traitements par rapport à l'admission. (augmentation du nombre de médicaments chroniques prescrits, des anti-thrombotiques et des psychotropes).

L'augmentation des antithrombotiques et des psychotropes a été jugée à plus de 90% appropriée dans le GI par le gériatre interventionnel.

L'intervention est plus efficace (diminution de plus de 20% à 6 mois de leurs passages aux urgences et réhospitalisations) dans 3 sous groupes de patients : ceux qui avaient au moins 4 pathologies chroniques, ceux qui avaient un traitement diurétique à l'entrée ou à la sortie de l'UGA et ceux qui souhaitaient être impliqués dans leur prise en charge.

JAGS sous presse (Bonnet-Zamponi D. et al.)

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Le sujet très âgé et/ ou son aidant doivent être éduqués sur leurs maladies et leurs traitements.
- Le médecin traitant doit être contacté avant tout changement thérapeutique.

Freins difficultés

- L'absence de binômes gériatre/infirmier formés à l'éducation thérapeutique.
- Le manque de temps.
- Le manque de puissance de l'étude

Propositions

- Un séjour hospitalier accroit le risque iatrogénique chez le sujet octogénaire, mais cette majoration du risque semble être légitime (rédction de l'underuse).
- La prévention de la iatrogénie nécessite donc d'associer à l'optimisation thérapeutique une éducation thérapeutique des patients et une coordination entre acteurs renforcées.



Outil « PMSA réseaux » : outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé Personnes Agées pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations

PROMOTEURS

Groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Référents du groupe :

- Dr Yves PASSADORI, Réseau Alsace Gérontologie, Colmar (

 docteur@reseaugcuny.fr)
- Dr Eliane ABRAHAM, Groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains, Nancy (⋈ PASSADORIY@chmulhouse.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Dans le cadre du groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, les réseaux de santé Personnes Agées ont réfléchi à la justification de prise en compte de la problématique de la PMSA dans leur mission de coordination d'appui, ainsi qu'aux leviers d'actions possibles.

Les missions des réseaux de santé Personnes Agées : circulaire DHOS du 15 mai 2007 :

- Chapitre IV.1 : Elaboration du plan d'intervention personnalisé : le plan de soins est établi après évaluation de l'état clinique de la personne en assurant une répartition des missions de chaque acteur ; I suivi et l'adaptation du traitement par le médecin traitant.
- Chapitre VI: Evaluation du réseau: Indicateurs d'activité: « Taux de revue d'ordonnance annuel: nombre d'ordonnances revues / nombre total d'ordonnances »; Indicateurs généraux: « PEC des patients dans le cadre du réseau, et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles »

Les niveaux d'intervention des réseaux autour de la prescription :

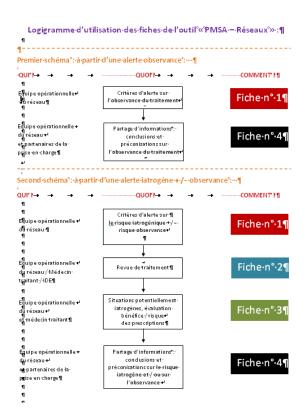
- Repérer: prescription « inappropriée » et « mésusage » (« overuse », « misuse »): indications, contreindications, associations, interactions, évènements indésirables, automédication, mauvaise utilisation de la galénique, etc.
- Repérer les mauvaises observances : rapport entre les médicaments prescrit et pris.
- Identifier les causes possibles par l'Evaluation Gérontologique Standardisée: évaluation médico-psychosociale à domicile: observation des cofacteurs (ergonomie, autonomie, statut cognitif, sensoriel, financier, ADL, aidants ...)
- Alerter les acteurs de la prescription : médecin (traitant, hospitalier, spécialiste, urgentiste), de la dispensation : pharmacien (génériques, automédication), de l'observance : entourage familial, PA, IDEL, SSIAD, ...
- Proposer et suivre les actions correctrices (maitrise de la prescription): Plan Personnalisé de Santé comprenant la priorisation des actions, la proposition d'alternatives médicamenteuses ou non médicamenteuses, l'anticipation des motifs de rupture, les réévaluations successives.

La prise en compte de la problématique de la PMSA par les réseaux nécessite de définir les situations justifiant le périmètre des actions directement menées par l'équipe opérationnelle du réseau (repérage, évaluation, analyse de la situation) ainsi que la transmission et le partage de l'information aux partenaires de l'accompagnement (hôpital de jour, consultation mémoire, médecin traitant) et la préconisation d'actions correctives.

L'objectif de la démarche est de réfléchir à systématiser l'intégration du thème de la PMSA dans le compte-rendu de l'Evaluation Gérontologique Standardisée, dans le Plan Personnalisé de Santé et dans les compte-rendus des réévaluations.

Le groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie propose un outil qui vise à permettre le recueil des données pertinentes, minimales et suffisantes, le partage d'informations, les réévaluations dans le temps, les réactualisations successives. Cet outil, construit dans un premier temps sous forme de fiches papier, est proposé aux réseaux souhaitant l'expérimenter dans leurs pratiques en quotidien. Dans un second temps, après cette phase de test, il devra être modélisé : intégration dans les systèmes d'information des réseaux, diffusion auprès des utilisateurs cibles associés, etc.

Démarche proposée par l'outil « PMSA - Réseaux » : Critères d'alerte sur l'observance du traitement Fiche n° 1 1. Alerte Critères d'alerte sur le risque Identification patient et évaluateur Constantes / Allergies, intolérances 2. Revue de traitement Fiche n° 2 / Formes galéniques / Posologies / Prescripteurs / Prises / Dispensation Situations potentiellement latrogènes (chute, confusion, anorexie ...) 3. Aide à l'analyse Critères d'alerte 4. Partage Fiche nº 4 Revue du traitement



2. Modalités de mise en œuvre

d'informations

Créé par un groupe de travail national composé d'une dizaine de représentants de réseaux de santé Personnes Agées (administrateurs, médecins, infirmiers, coordonnateurs), il est en phase de test de juillet à octobre 2012 aux domiciles d'une quarantaine de patients pris en charge pour les réseaux. Une seconde réunion du groupe de travail, programmée le 19 novembre prochain, permettra d'intégrer à l'outil « PMSA Réseaux » les mesures correctives souhaitées, préalable à sa diffusion au niveau national programmée fin 2012.

Mise en oeuvre des principes du programme PMSA de la HAS ■ NON ☑ OUI

Outils PSMA utilisés ou adaptés

☑ Critères PMSA

☑ Tableau de suivi

☑ Fiche mémo

☑ Liste IPC AMI PMSA

☑ Fiche révision ordonnance

☑ Autres : Programme CPGF - PMSA

BILAN ET EVALUATION

L'évaluation de l'outil « PMSA Réseaux » est à venir.

Sur chaque composante de l'outil, à savoir le logigramme d'utilisation, la fiche « Alerte », la fiche « Revue du traitement », la fiche « Aide à l'analyse » et la fiche « Partage d'informations », les réseaux utilisateurs sont invités à évaluer leurs utilités et leurs praticités d'utilisation. Plus globalement, ils seront amenés à mesurer la plus value apportée par l'outil quant à leurs pratiques sur la PMSA et quant à l'amélioration de la prise en compte de cette problématique dans les réseaux.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Appropriation de l'outil par les réseaux pour une utilisation aux domiciles.
- Construction d'une démarche selon les niveaux d'intervention et les prérogatives des réseaux.

Freins difficultés

- Temps à consacrer sur la PMSA par les équipes opérationnelles des réseaux, parmi l'ensemble des autres problématiques de la personne âgée fragile.
- Savoir-faire et pouvoir faire des équipes sur la revue de traitement.

8PMSA2912 18



L'outil « Mon traitement » pour améliorer l'observance des personnes âgées (Réseau Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme)

PROMOTEURS

Céline DELECLUSE (⊠ <u>Delecluse.Celine@ghicl.net</u>), Amandine CROCFER, Colette PELISSET, Sarah HAUW, Agnès DURANDE, François PUISIEUX.

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les effets iatrogènes médicamenteux sont plus fréquents et plus graves chez les personnes âgées. La polymédication liée à la polypathologie en est le premier facteur de risque.

Le défaut d'observance peut aussi favoriser la survenue d'effets indésirables par surdosage ou un sevrage intempestif, et conduire à un échec thérapeutique. Les principaux facteurs qui favorisent la mauvaise observance sont le nombre, la durée et la complexité des prescriptions, le manque d'information, l'incapacité à prendre (troubles de la vision, difficultés à manipuler les flacons, ouvrir les bouchons, couper les comprimés......) ou à comprendre (troubles cognitifs) et la sous-estimation de la gravité potentielle de la maladie.

Afin d'améliorer l'observance des personnes âgées fragiles prises en charge par le Réseau de Soins Gérontologique de Lille-Hellemmes-Lomme (RSG), un outil de présentation du traitement médicamenteux a été mis au point avec le concours d'un groupe de médecins généralistes du territoire

2. Modalités de mise en œuvre

Cet outil appelé « Mon traitement » comprend en plus de données utiles pour un bon usage du médicament (comme le poids, la créatinine, le nom de celui qui prépare les médicaments,...) un tableau comprenant cinq colonnes et autant de lignes que le patient prend de médicaments. Pour chaque médicament est précisé l'indication, le nom du médicament (nom de spécialité et dénomination internationale), la galénique, la posologie, les modalités de prises et dans une dernière colonne des précautions particulières à respecter.

Ce tableau est présenté et expliqué au patient et, si besoin, à son aidant. Il est ensuite envoyé avec le courrier du RSG au médecin traitant. S'il le valide, le médecin traitant est chargé de remettre lui-même l'outil « Mon traitement » afin qu'il puisse être utilisé au domicile par le patient ou son aidant pour la préparation et la prise des traitements

Mise en oe	uvre des principes du pro	gramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
Outils PSM	A utilisés ou adaptés			
	Critères PMSA	☐ Liste IPC AMI PMSA		
	Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance		
	Tableau de suivi	☐ Autres :		

BILAN ET EVALUATION

Depuis deux ans, 244 outils « Mon traitement » pour 244 patients correspondant environ à la moitié des nouveaux patients pris en charge par le RSG ont été complétés par les médecins du réseau et adressés aux médecins traitants.

Un travail a été réalisé pour évaluer la faisabilité de la démarche, la qualité de remplissage du tableau, l'utilisation par les médecins traitants et l'utilité pour les patients dont les conclusions sont mitigées : pertinence et clarté des informations apportées, mais temps de remplissage important et fiches inconstamment remises aux patients par les médecins traitants

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Pertinence et clarté des informations apportées
- Outil filière

Freins difficultés

- Temps de remplissage important
- Fiches inconstamment remises aux patients par les médecins traitants



Réseau d'EHPAD et SSR Korian : travail sur les 170 molécules médicamenteuses adaptés au sujet âgé, et mise en place d'un livret du médicament sur le réseau Korian.

PROMOTEURS	
Groupe KORIAN (⊠ f.bertin-hugault@groupe-korian.com)	

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Proposer une liste de médicaments adaptés au sujet âgé, avec un argumentaire basé sur la littérature, la galénique, le nombre de prise, et l'analyse de 60 000 prescriptions

Faire réfléchir sur nos pratiques à partir de cette liste soit par une critique de la liste, soit par une critique de nos prescriptions.

2. Modalités de mise en œuvre

Envoi du livret au réseau avec des explications, et une animation du réseau, et analyse des retours, et de l'évolution des prescriptions.

Mise en oeuvre des principes du programme PMSA de la HAS ☐ OUI ☑ NON

BILAN ET EVALUATION

Retours par mail essentiellement.

Reconnaissance évidente du travail réalisé.

Pour l'instant, faible impact sur les pratiques : renforcement de l'information sur le travail à réaliser, pour une analyse des résultats en 2013

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès Le sérieux de travail initial Moyens mis en œuvre pour animer le réseau sur le projet, et pour une bonne compréhension du projet Propositions Accélérer l'animation en 2013 et observer l'évolution des pratiques



Sensibilisation des médecins traitants sur la prescription des psychotropes et la prévention de l'iatrogénie chez le sujet âgé résident en EHPAD

PROMOTEURS

Dr Charbanou JOCHUM, Médecin Coordonnateur Association ODELIA (Scharbanoujochum@yahoo.com)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

L'association Odélia (loi 1901) a racheté un établissement privé de 37 chambres (chambres doubles ou triples) en 2006 et dans le cadre d'une convention tripartie a procédé à un agrandissement pour atteindre 84 chambres individuelles avec deux unités de vie et de soins Alzheimer de 14 chambres chacune, 4 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour depuis été 2009.

Actuellement, 7 médecins traitants interviennent auprès des résidents dont un couple est référent de la grande majorité des résidents. Ce couple intervient en moyenne deux heures par semaine à jours fixes et les autres médecins interviennent plutôt à la demande.

Nous avons pu organiser une première réunion de Commission de Coordination Gériatrique en mars 2011, où étaient présents 3 des médecins intervenants ponctuellement, le pharmacien, tous les kinésithérapeutes, plusieurs infirmières, l'infirmière coordinatrice, le directeur, la psychologue (le représentant des résidents n'a pas pu venir assister et le couple de médecin traitant n'a pas jugé utile d'assister à la réunion).

Nous avons échangé sur le rapport annuel de soin, le projet de soin de l'établissement, la nécessité de travailler sur un livret thérapeutique et sur les risques notamment la iatrogénie.

Le rapport d'une étude de la CPAM sur les prescriptions de psychotropes dans notre établissement a été transmis à l'assemblée.

Une étude transversale à un jour donné a été faite au sein de l'établissement pour mettre en exergue les pratiques de prescriptions de psychotropes, l'objectif étant d'optimiser la prescription des psychotropes aux regards des recommandations de bonne pratique (SFGG, HAS,..).

2. Modalités de mise en œuvre

- 1. Etude transversale en août 2012 des prescriptions de psychotropes au sein de l'EHPAD.
- 2. Lettre d'information adressée aux médecins traitant avec les points forts de l'étude
- 3. Invitation à une nouvelle réunion de coordination gériatrique pour travailler plus particulièrement sur ce sujet début décembre 2012.

Mise en oeuvre des principes du programme PMSA de la HAS		☑ OUI	■ NON	
Outils PSMA utilisés ou adaptés				
☑ Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA			
☑ Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance			
☑ Tableau de suivi	Autres : Logiciel TITAN			

BILAN ET EVALUATION

L'étude transversale fait apparaître que 83 % des résidents ont une prescription avec un à quatre psychotropes. Dans plus de 90% des cas, la prescription est sans date de révision avec une corrélation entre prescription « définitive » et introduction du psychotrope par un confrère psychiatre.

Les prescriptions des psychotropes et notamment les neuroleptiques ne correspondent pas une indication adéquate.

Deux des médecins traitants concernés par cette étude se sont intéressés aux outils PMSA.

On en saura plus lors de la prochaine réunion de coordination gériatrique. Une réévaluation par une étude transversale est prévue dans les trois mois qui suivent cette réunion.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Engagement du médecin coordonnateur
- Faire partie du groupe de réflexion PMSA.

Freins difficultés

- Insuffisance de l'implication des médecins traitants par « habitudes ancrées dans leur pratiques », manque de temps, sollicitations diverses (CPAM,HAS,..)?
- Inadéquation de la définition actuelle du rôle de médecin traitant en EHPAD.
- Etre Gériatre en EHPAD, sans pouvoir de prescription est un non-sens

Propositions

- Piste de travail sur les logiciels de soins en EHPAD pour y inclure les outils PMSA?
- Accorder les réflexions et suivi terrain des médecins conseils CPAM avec l'HAS, PMSA ?
- Divulgation systématique des outils et des études dans les revues destinées aux directeurs d'EHPAD et aux médecins coordonnateurs ?



Impact d'une formation aux prescripteurs sur le bon usage du médicament chez le sujet âgé à partir de l'analyse d'ordonnances de personnes résidant en EHPAD en Loire Atlantique

PROMOTEURS

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nantes (

Pascale.Jolliet@univ-nantes.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les effets indésirables sont deux fois plus fréquents chez les sujets de plus de 65 ans. Des études montrent que 4 à 17% des admissions des sujets âgés en milieu hospitalier sont directement secondaires à un évènement indésirable médicamenteux. Parmi ces effets indésirables, certains sont prévisibles et par conséquent évitables.

Les personnes âgées constituent une population plus à risque de iatrogénie médicamenteuse du fait de leur polymédication fréquente et des modifications physiologiques qui apparaissent avec l'âge et jouent un rôle sur les paramètres pharmacodynamiques et pharmacocinétiques.

La iatrogénie représente un coût humain et économique élevé et est responsable de l'augmentation de la durée du séjour hospitalier ainsi que de la morbidité et de la mortalité.

Cette population est généralement exclue des essais cliniques et peu d'études concernent des personnes âgées résidant en EHPAD. Il est donc difficile d'évaluer le risque médicamenteux chez ces personnes et d'extrapoler les résultats des essais cliniques à la pratique médicale courante. Afin d'améliorer la prescription chez les sujets âgés, des outils mis à disposition des prescripteurs ont été mis en place par la HAS. Ainsi les outils existent mais les professionnels de santé ne se les sont pas toujours appropriés.

Dans ce contexte, le CRPV de Nantes, en collaboration avec un médecin coordonnateur, a mis en place une étude qualitative menée dans trois EHPAD de Loire-Atlantique, dont l'objectif était d'évaluer la prise en charge médicamenteuse et le bon usage des médicaments en EHPAD.

Dans cette continuité, une formation des prescripteurs et de l'équipe soignante a été réalisée dans deux EHPAD de Loire-Atlantique afin d'améliorer les connaissances des médecins de ces structures. Il nous est apparu intéressant d'en mesurer objectivement l'impact sur les comportements de prescriptions.

L'objectif principal de notre travail est de mesurer l'impact d'une formation des prescripteurs sur le bon usage des médicaments chez la personne âgée vivant en EHPAD. Les objectifs secondaires sont de faire une analyse descriptive de la population et de la consommation médicamenteuse de celle-ci.

2. Modalités de mise en œuvre

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée dans deux EHPAD de Loire-Atlantique.

Une formation a été réalisée dans chacun de ces deux EHPAD. Cette formation a consisté en un rappel des modifications physiologiques chez les personnes âgées et une présentation des notions de « médicaments inappropriés », de « mésusage », de « sur-usage » et de « sous-usage » et des résultats de l'état des lieux précédemment effectués.

Cent ordonnances ont été tirées au sort dans les deux EHPAD avant la formation et cent nouvelles ordonnances indépendantes ont été tirées au sort dans ces mêmes EHPAD après la formation.

Afin de mesurer l'impact de cette formation, des critères d'évaluation précis ont été définis. Le critère de jugement principal est un score quantifiant la qualité des prescriptions avant et après la formation. Le score a été calculé sur les cent premières ordonnances et les cent nouvelles indépendamment. Ces ordonnances ont été analysées en fonction des critères de qualités issus de l'EPP de la HAS, permettant l'obtention d'un score sur 12.

La moyenne des scores des prescriptions avant la formation et la moyenne des scores des prescriptions après la formation sont calculées et comparées.

Mise en oeuvre des principes du pro Outils PSMA utilisés ou adaptés	ogramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
☐ Critères PMSA	☐ Liste IPC AMI PMSA		
☐ Fiche mémo ☐ Tableau de suivi	☐ Fiche révision ordonnance☑ Autres : Grille de recueil po	ur l'évaluation d	'une ordonnance de l'EPP

BILAN ET EVALUATION

Il n'y a pas de différence significative entre les scores quantifiant la qualité des prescriptions avant et après la formation des médecins traitants (7,35/12 avant la formation et 7,44/12 après).

L'analyse descriptive des données retrouve : une moyenne d'âge de 84 ans, avec une prédominance féminine (deux tiers de femmes et un tiers d'hommes), des résidents poly-médicamentés (7,9 lignes par ordonnance en moyenne, 14 médecins traitants intervenant dans l'EHPAD 1 et 8 dans l'EHPAD 2).

Les classes médicamenteuses utilisées sont comparables avant et après la formation.

On observe un sur-usage de certaines classes médicamenteuses (psychotropes, laxatifs, inhibiteurs de la pompe à protons), un sous-usage en antidépresseurs, apport vitamino-calcique, médicaments pour la démence.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Très bonne collaboration avec le médecin coordonnateur impliqué dans l'amélioration des prescriptions et du bon usage du médicament en EHPAD et motivé pour mettre en œuvre d'autres projets
- Projet en collaboration avec l'association gérontologique pour la recherche et l'enseignement en EHPAD (AGREE)

Freins difficultés

- Présence des médecins à cette formation non obligatoire
- Echantillon trop petit
- Délai entre la formation et le recueil des nouvelles ordonnances

Propositions

• Mettre en place un réseau d'EHPAD plus important sur notre territoire d'intervention (Loire-Atlantique et Vendée).



Etat des lieux de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA de la personne âgée résidant en EHPAD

PROMOTEURS

AGREE (Association Gérontologique pour la Recherche et l'Enseignement en EHPAD)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie qui touche la plupart des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette pathologie représente un facteur de risque cardiovasculaire.

L'étude HYVET a montré que le traitement de l'hypertension chez les personnes âgées de plus de 80 ans est bénéfique en termes de diminution des évènements cardiovasculaires (mortalité par AVC, mortalité globale, insuffisance cardiaque). Il est donc indiqué de traiter l'hypertension chez des sujets de plus de 80 ans.

L'objectif à atteindre est une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 150 mmHg après 80 ans, sachant qu'une baisse de 20 à 30 mmHg par rapport à la PAS initiale représente déjà un bénéfice significatif en termes de morbidité, chez les sujets avec une PAS supérieure à 180 mmHg.

Selon les experts, un traitement antihypertenseur chez une personne âgée ne doit pas comprendre plus de 3 médicaments antihypertenseurs et en cas de pression artérielle élevée (>20/10 mmHg au dessus de la cible), une bithérapie peut être prescrite dès le départ, l'une des deux molécules devant être un diurétique thiazidique.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse des patients en EHPAD présentant une HTA.

2. Modalités de mise en œuvre

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée dans un EHPAD de Loire-Atlantique.

Une analyse descriptive de 76 dossiers de liaisons d'urgence (DLU) de résidents de cet EHPAD a été effectuée. Une analyse descriptive de la population d'étude (âge, sexe, antécédent d'HTA) a été conduite, ainsi qu'une analyse descriptive du traitement antihypertenseur chez ces patients (nombre de lignes par prescription, classes pharmacothérapeutiques prescrites pour une HTA chez les patients traités, schéma de prise).

Dans l'attente de l'actualisation des recommandations de la HAS, nous nous sommes basés sur un article de 2011 qui reprend des recommandations issues du consensus américain d'experts de l'American College of Cardiology Foundation / American Heart Association (Bouhanick B. Hypertension artérielle du sujet âgé : après la publication du consensus américain d'experts de l'ACCF/AHA, quelles recommandations de prise en charge thérapeutique ? Médecine Thérapeutique. 2011 ;17(3) :234-43).

Mise en oeuvre des principes du programme PMSA de la HAS		☑ NON	
----------------------------------------------------------	--	-------	--

BILAN ET EVALUATION

Les classes médicamenteuses les plus prescrites sont les diurétiques et les inhibiteurs calciques. 67% des patients traités le sont en mono ou en bi-thérapie.

Dix patients sur 15 en monothérapie sont traités par un diurétique thiazidique ou un inhibiteur calcique comme les recommandations le stipulent. De plus, la moitié des patients traités par une bithérapie ou plus le sont avec un diurétique thiazidique souvent compris dans une association fixe. On constate qu'un tiers des patients traités (la moitié des patients traités par un diurétique) le sont avec du furosémide.

Cette première étude d'état des lieux doit être étendue à d'autres EHPAD.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Très bonne collaboration avec le médecin coordonnateur président de l'association AGREE (association gérontologique pour la recherche et l'enseignement en EHPAD) motivé pour mettre en œuvre d'autres projets
- Travail avec des médecins coordonnateurs impliqués dans l'amélioration des prescriptions et du bon usage du médicament en EHPAD

Freins difficultés

 Nous ne disposons pas des valeurs de tension artérielle des patients.

Propositions

- Extension de cette étude sur plusieurs EHPAD
- Comparaison avec les futures recommandations de la HAS.
- Un retour des résultats et une formation tenant compte des futures recommandations sera mise en place dans les EHPAD de la région pour améliorer le bon usage des médicaments dans le traitement d'HTA des sujets âgés.



Améliorer la prescription médicamenteuse en EHPAD

PROMOTEURS

SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) - Docteur Jérôme LURCEL (⊠ j.lurcel@wanadoo.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Le niveau intolérable de la iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés et l'implication majeure de cette iatrogénie dans les motifs d'hospitalisation justifie grandement cette réflexion.

L'objectif est de répondre à deux obligations faites au médecin coordonnateur et inscrites dans le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, à savoir : « établir la liste de médicaments à utiliser préférentiellement après concertation avec ses confrères prescripteurs et contribuer à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions médicamenteuses. »

2. Modalités de mise en œuvre

La réalisation d'une telle liste, avec la participation active des médecins intervenants sur une structure, nous est apparue totalement irréalisable (ils sont nombreux, et peu mobilisables, voire peu mobilisés). Il a donc été décidé de partir des prescriptions en cours en les considérant comme le choix des médecins prescripteurs, d'en extraire des tendances par classe, et à partir de ces données, d'établir la liste. De plus cette liste a été agrémentée de commentaires, pour chaque classe médicamenteuse.

Une fois ce travail achevé, le médecin coordonnateur invite ses confrères prescripteurs à une réunion d'information pour leur présenter cette liste (ceux qui ne viennent pas à cette réunion, reçoivent la liste et un compte rendu par courrier).

Six mois plus tard, un nouveau relevé des prescriptions est réalisé. Ainsi, le médecin coordonnateur peut se rendre compte de l'évolution des prescriptions, dans le sens souhaité ou non, et orienter son discours lors des réunions suivantes.

suivantes.			
Mise en oeuvre des principes du pro	ogramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
Outils PSMA utilisés ou adaptés			
✓ Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA		
Fiche mémo	☐ Fiche révision ordonnance		
Tableau de suivi	□. Autres :		

BILAN ET EVALUATION

Dans le cadre de la commission de coordination gériatrique, le médecin coordonnateur réunira ses confrères prescripteurs, au moins une fois par an, et leur présentera la liste, qui aura éventuellement évoluée et se sera probablement enrichie de commentaires afin de s'adapter encore d'avantage aux impératifs gériatriques de prescription médicamenteuses.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Indemnisation des médecins prescripteurs pour chaque participation à la commission de coordination gériatrique (le décret prévoyant actuellement deux réunions par an dont une seule indemnisée).
- Indépendance des médecins coordonnateurs vis-àvis de l'industrie pharmaceutique

Freins difficultés

- Difficultés de réunir les médecins prescripteurs.
- La sacrosainte liberté de prescription
- L'influence de l'industrie pharmaceutique
- L'absence, souvent observée, de remise en cause des prescripteurs

Propositions

- Proposer aux médecins coordonnateurs une action de DPC (développement professionnel continu) sur cette problématique, à savoir comment établir la liste, comment convaincre les prescripteurs de s'y conformer, comment transmettre les bonnes règles de prescriptions médicamenteuses en gériatrie.
- Cette action de DPC devra sensibiliser les médecins coordonnateurs à l'importance de la iatrogénie médicamenteuse en gériatrie, afin qu'ils sensibilisent eux mêmes les médecins prescripteurs. Pour ce faire, des experts gériatres reconnus devront être mobilisés pour apporter la bonne, et incontestable, parole.



En EHPAD, UN PASA PEUT EN CACHER UN AUTRE : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés ou Prescriptions Allégées Suffisantes et Appropriées.

PROMOTEURS

SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) - Docteur Jérôme LURCEL ([Image: Lurcel@wanadoo.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La création des PASA dans les EHPAD constitue un élément important du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 16). Ces PASA ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement, qu'ils soient perturbateurs ou non perturbateurs.

Le PASA peut être décrit comme un accueil de jour interne, une maison dans la maison, un lieu privilégié de soins et surtout du « prendre soin ». Le PASA se doit d'être organisé pour et autour des résidents sus décrits, en accompagnement de leur pathologie, et mené par une équipe paramédicale articulée autour d'un psychomotricien aidé d'AMP (aides médico-psychologiques), assisté d'un psychologue à temps partiel et sous le contrôle du médecin coordonnateur, promoteur du projet.

Ces PASA devront démontrer leur efficience, vis-à-vis des résidents pris en charge et des autres résidents de l'EHPAD, vis-à-vis de l'EHPAD dans sa totalité. Ils devront également apporter un plus sanitaire au bassin de population en permettant l'hébergement de sujets difficiles et en soulageant les services de psycho-gériatrie, si tant est qu'ils existent.

L'idée de ce travail est que les PASA doivent aussi permettre la diminution des traitements psychotropes délivrés à ces résidents, traitements dont on connait l'importance des effets indésirables (chutes, confusion, majoration des troubles cognitifs, interactions médicamenteuses, problématique du sevrage, surmortalité, ...).

2. Modalités de mise en œuvre

En EHPAD, les médicaments sont prescrits par les médecins traitants des résidents, et le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur.

Le médecin coordonnateur se propose donc d'observer les prescriptions de psychotropes au sein de son EHPAD, juste avant l'ouverture du PASA, 6 mois plus tard et 1 an après. Pour ce faire il réalise un relevé exhaustif de tous les psychotropes prescrits et les range par classe : neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs et somnifères, voire antiépileptiques utilisés hors AMM.

Il réalisera ce relevé dans deux groupes de résidents : ceux de la file active du PASA, et les autres.

C'est l'évolution des prescriptions dans les deux groupes qui constitue le critère principal de cette étude prospective.

La file active est constituée de résidents ayant un score significatif au NPI ES (inventaire neuropsychiatrique pour équipe soignante) à savoir : NPI ES Score F x G >3 pour au moins 1 symptôme, retentissement (Score R) entre 2 et 4 et Fréquence F d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent.

L'évaluation de cette file active se fera avant l'ouverture du PASA, 6 mois puis 1 an après et constituera le critère secondaire de l'étude.

Cette étude sera assortie d'un biais volontaire : le médecin coordonnateur réunira ses confrères prescripteurs, lors d'une commission de coordination gériatrique, et leur présentera le PASA et les moyens non médicamenteux pour répondre aux SPCD (syndromes psycho-comportementaux de la démence). Il insistera sur l'effet possiblement délétère des psychotropes sur cette population mais ne dira mot de l'étude.

deletere des poyonotropes sur sette population mais ne una mot de retade.				
Mise en oeuvre des principes du pro	ogramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON	
Outils PSMA utilisés ou adaptés				
☑ Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA			
☑ Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance			
☑ Tableau de suivi	☐ Autres :			

BILAN ET EVALUATION

L'évaluation de cette étude se fera donc à 6 et 12 mois :

- a) sur l'évolution des prescriptions de psychotropes par classes pour les sujets de la file active du PASA d'une part et pour les autres résidents de l'EHPAD d'autre part.
- b) sur l'évolution du score NPI ES pour les sujets de la file active du PASA.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- La volonté du médecin coordonnateur.
- Le soutien de sa hiérarchie.
- La participation des médecins prescripteurs à la commission de coordination gériatrique.
- Le financement d'un évaluateur NPI ES extérieur à l'établissement.

Freins difficultés

- Le temps de travail du médecin coordonnateur sur la structure.
- Les difficultés de recueil de toutes les prescriptions.
- La grande hétérogénéité des prescriptions.
- La subjectivité de l'évaluation en l'absence d'évaluateur externe.

Propositions

- Vouer un financement à une telle étude.
- Diffuser ses résultats.
- Etablir une liste nationale des psychotropes à utiliser préférentiellement en EHPAD (tout en mettant en garde les prescripteurs des dangers de telles prescriptions).



Impact d'une démarche QUAlité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des Résidents en EHPAD (IQUARE)

PROMOTEURS CLUL Toulouse at A DC Midi Duránása
CHU Toulouse et ARS Midi-Pyrénées
DESCRIPTION DU PROJET
1. Contexte et objectifs
Peu d'études ont examiné si des interventions destinées aux professionnels des EHPAD, plutôt qu'aux résidents, peuvent améliorer les conditions de soin dans ces établissements et la santé de leurs résidents. Le projet IQUARE a pour but d'étudier l'impact d'une intervention destinée aux professionnels de 175 EHPAD de la région Midi-Pyrénées sur des indicateurs de qualité du soin prodigué aux résidents (n = 6275) dans un suivi de 18 mois.
Un autre objectif de ce projet est d'étudier si des éventuels changements dans des indicateurs de qualité de soin vont se répercuter sur la santé des résidents, principalement en ce qui concerne leur capacité fonctionnelle.
2. Modalités de mise en œuvre
L'intervention d'IQUARE a comme base principale l'éducation et le soutien aux professionnels de ces établissements à partir d'audit/feedback et de réunions entre des gériatres hospitaliers et l'équipe des EHPAD. L'audit initial révèle que l'organisation interne des EHPAD ainsi que les indicateurs de qualité varient beaucoup selon la structure. Dès lors, les interventions d'IQUARE sont adaptées et personnalisés pour chaque situation d'EHPAD.
Deux modalités d'intervention sont testées. Tout d'abord, toutes les EHPAD ont reçu des données statistiques descriptives sur des indicateurs de qualité au niveau individuel des EHPAD mais aussi au niveau du bassin de santé et au niveau de la région Midi Pyrénées. Chaque peut ainsi comparer ces indicateurs à ceux des autres EHPAD. Ensuite, la moitié de ces EHPAD (un groupe de 85 EHPAD sélectionnées) ont bénéficié de deux réunions de travail avec des gériatres hospitaliers des bassins de santé. Cette réunion avait pour but : 1) discuter sur les indicateurs de qualité de l'EHPAD ; 2) examiner les indicateurs qui devaient et pouvaient être améliorés selon le staff de l'établissement ; 3) établir des stratégies pour l'amélioration concrète des indicateurs choisis.
Mise en oeuvre des principes du programme PMSA de la HAS ☑ OUI ☐ NON Outils PSMA utilisés ou adaptés

BILAN ET EVALUATION

□ Critères PMSA

☐ Tableau de suivi

☐ Fiche mémo

Le projet IQUARE étant une recherche encore en cours d'exécution, il n'est pas encore possible de dresser un bilan sur cette étude. Cependant, nous avons pu réaliser deux analyses sur la consommation médicamenteuse.

☑ Liste IPC AMI PMSA

☐ Fiche révision ordonnance ☐ Autres :

Dans la première étude, nous avons pu montrer qu'une grande proportion des résidents (53,4%) consommait des benzodiazépines. L'utilisation de ces médicaments était associée à des facteurs liés à l'individu (e.g., le fait d'être une femme, d'avoir de la dépression ou une maladie psychiatrique), mais aussi à des facteurs liés aux EHPAD (e.g., la taille des EHPAD : les résidents des EHPAD plus grandes avaient une moindre probabilité de prendre des benzodiazépines). Un diagnostic de démence réduisait la probabilité de prendre des benzodiazépines.

Concernant la deuxième étude, nous avons examiné les facteurs associés avec la prise des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP): 37.8% des résidents prenaient des IPP. Bien que des indications formelles pour la prescription des IPP (ulcère œso-gastroduodénal et la prise concomitante de anti-inflammatoire non-stéroïdien - AINS) soient associées à la prise de ces médicaments, d'autres facteurs plus inattendus et hors AMM le sont aussi (e.g., la prise concomitante de calcium, anti-thrombotiques, aspirine, clopidogrel, et glucocorticoïdes). La présence d'ulcère et les AINS n'expliquaient que 13.5% des prescriptions d'IPP. Bien qu'on n'ait pas pu examiner le rôle de l'œsophagite (une autre indication formelle pour la prise d'IPP), cette étude suggère qu'une fraction importante des prescriptions d'IPP dans des EHPAD n'est pas appropriée.



Sommeil et sujet âgé : EHPAD et analyse des pratiques professionnelles

PROMOTEURS

Travail réalisé en collaboration avec un EHPAD (Rochefort Montagne 63) et une équipe mobile de secteur psychiatrique (CHU Clermont-Ferrand – Pôle de psychiatrie – service de psychiatrie A – Pr I.JALENQUES).

Promoteurs: Drs R.TOURTAUCHAUX(1), M. BARJAUD (2) Pr I.JALENQUES(1)

Participants : Drs E.VAILLE-PERRET(1), C.RACHEZ (1), G.LEGRAND (1), Pr I.JALENQUES(1), C.CONSTANTIN ((2) – Cadre de santé), A.FLORENTIN ((1) – Cadre supérieur de santé), Equipe soignante EHPAD – Equipe mobile secteur psychiatrique

(1) CHU Clermont-ferrand, Pôle de Psychiatrie, Service de Psychiatrie de l'Adulte A et de Psychologie Médicale, Hôp G Montpied, F-63003 Clermont-Ferrand, France ; (2) EHPAD Rochefort Montagne 63210.

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé représente une problématique de santé publique (références HAS concernant l'utilisation des thérapeutiques) en raison de la fréquence élevée des prescriptions de psychotropes et des conséquences potentielles liées aux effets indésirables de ces médicaments (iatrogénie, chutes, hospitalisations...).

En raison de la sollicitation fréquente d'un psychiatre intervenant dans le cadre de l'activité de secteur psychiatrique (service de Psychiatrie du CHU de Clermont Ferrand) dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) un manque d'adéquation quant à l'utilisation des hypnotiques a été constaté (évaluation des troubles, indication des thérapeutiques ...)

Face à cet enjeu une thématique pluriprofessionnelle de travail a été choisie concernant les troubles du sommeil (psychiatres et généralistes, cadres de santé, IDE, AS et AS de nuit du service de psychiatrie A et de l'EHPAD), comme sujet d'EPP en collaboration avec le médecin coordonnateur d'un des EHPAD.

L'objectif était de proposer une prise en charge adaptée et personnalisée des troubles du sommeil en améliorant la gestion (évaluations et réponses apportées) des troubles du sommeil par les équipes (EHPAD , Psychiatrie de secteur) et en optimisant la consommation des hypnotiques et des psychotropes.

2. Modalités de mise en œuvre

Une évaluation (enquête de prévalence (étude sur dossier de la consommation des hypnotiques/psychotropes pour troubles du sommeil en EHPAD), évaluation du niveau d'endormissement des résidents lors du premier passage en début de nuit) a été réalisée puis un plan d'action a été élaboré comprenant :

- L'élaboration de préconisations en matière de prescription d'hypnotiques
- L'amélioration de l'organisation du circuit du médicament adapté au fonctionnement de l'EHPAD, la formation des équipes soignantes aux troubles du sommeil (clinique, troubles psychiatriques associés, traitements psychotropes)
- La sensibilisation des résidents à la nature des troubles du sommeil et leurs prises en charge
- La mise en place d'une « Fiche réflexe » d'évaluation des troubles du sommeil

Propositions d'action d'amélioration :

- Sensibilisation des équipes réalisée dans l'EHPAD sur le sommeil et ses dysfonctionnements.
- Améliorer la transmission d'informations entre les équipes de jour et de nuit mais aussi entre les soignants et les médecins partenaires prescripteurs de psychotropes avec création d'une « Fiche Réflexe ». Fiche complétée par l'Equipe de nuit et contenant des informations précises sur le sommeil du résident présentant une plainte ou des troubles du sommeil.
- Mieux informer les résidents de l'Etablissement sur le sommeil et ses difficultés ainsi que sur l'utilisation des thérapeutiques ou non. Campagne d'affichage et Conférence réalisées dans l'EHPAD

Mise en oeuvre des principes du	programme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON
Outils PSMA utilisés ou adaptés			
☑ Critères PMSA	☑ Liste IPC AMI PMSA		
☑ Fiche mémo	☐ Fiche révision ordonnance		
Tableau de suivi	☑ Autres : Brochure INPES «	Sommeil »	/ bibliographie

BILAN ET EVALUATION

A J0 70 % des résidents bénéficiaient de prescriptions d'hypnotiques et/ou psychotropes dans le cadre des troubles du sommeil. A 1 année 24.4 %, 2 années 14.4 % et enfin à 3 années 10%.

Outre le fait de la diminution de consommation des psychotropes réalisée grâce à ce travail pluriprofessionnel une réflexion plus large au sein de l'établissement a été engagée visant à sensibiliser tous les personnels à la problématique du sommeil mais également à informer les résidents sur ce thème.

Une évaluation de l'impact des mesures est réalisée annuellement en utilisant comme indicateur EPP annuel le taux (%) de prévalence de la prescription d'hypnotiques et/ou psychotropes utilisés à visée hypnotique. Le but étant de réajuster si nécessaire la qualité des pratiques des soignants au plus près des prises en charge proposées aux résidents de l'EHPAD.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Concertation
- Implication des partenaires
- Information
- Partage d'informations
- Pluridisciplinarité

Freins difficultés

- A priori sur l'impossibilité de diminuer les traitements hypnotiques chez les sujets âgés
- Temps nécessaire

Propositions

 A développer pour d'autres psychotropes et nouvelle EPP en cours en lien avec un CH local accueillant des personnes âgées et un EHPAD sur un bassin de vie.



Etude / action menée par l'ARS Auvergne pour lutter contre le risque iatrogène médicamenteux dans les 226 EHPAD de la région Auvergne.

PROMOTEURS

ARS Auvergne avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand (services de Gériatrie et de la Pharmacie centrale) (⊠ martial.dangin@ars.sante.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les personnes âgées accueillies dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) représentent une population particulièrement exposée à la iatrogénie médicamenteuse. En effet, ces conséquences délétères des médicaments concernent une fraction importante des résidents en EHPAD et ont des répercussions graves sur le plan humain et économique.

Depuis Juin 2011, l'ARS Auvergne avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand réalise une « étude/action » dénommée étude RIDE (Risque latrogène et Dénutrition dans les EHPAD).

L'objectif de l'ARS Auvergne est de sensibiliser, d'aider individuellement chacun des 226 EHPAD de sa région à améliorer leur prise en charge médicale concernant 2 enjeux de santé publique que sont la iatrogénie médicamenteuse et la dénutrition. De plus, cette étude permettra de fournir des informations sur un très grand nombre d'EHPAD et de résidents. Seules les informations relatives à la iatrogénie médicamenteuses seront détaillées ci-après.

2. Modalités de mise en œuvre

L'« étude/action » RIDE a été concue selon un mode incitatif / participatif. Elle peut se dissocier en 4 phases :

- 1) Une équipe du CHU (n=2) se rend dans chaque EHPAD afin de recueillir les données. Les informations collectées concernent : l'EHPAD (pharmacie à usage intérieur, livret thérapeutique...), les résidents (sexe, âge, hospitalisations...), leur état de santé (antécédents pathologiques, pathologies actives) établi à partir du dossier médical. Pour évaluer le risque iatrogène médicamenteux, il est notamment relevé la fréquence et la nature du suivi biologique (créatininémie, kaliémie, INR...). Une analyse pharmacologique des prescriptions en cours est effectuée par la pharmacie du CHU. Les paramètres exploités sont : le nombre de lignes d'ordonnances, la présence de médicaments potentiellement inappropriés (Laroche et al.) et les interactions médicamenteuses. Le circuit du médicament est également évalué (dispensation, préparation des doses et administration des médicaments).
- 2) Ces différentes analyses donnent lieu à la rédaction et à la transmission d'un rapport (40 pages) spécifique à l'EHPAD étudié. Une réunion inter-EHPAD est ensuite organisée (invités : équipes de direction, médecins coordonateurs, cadres de santé, pharmaciens et médecins traitants) afin de présenter la synthèse des résultats obtenus jusqu'alors. Cette réunion permet aux EHPAD de se positionner par rapport à l'ensemble et d'engager des discussions avec le comité d'expert. Tous les résultats sont mis en regard des recommandations existantes dans ces domaines, notamment des principes du programme PMSA. Ces différentes modalités de restitution ont pour but de sensibiliser, d'aider et d'accompagner les établissements.
- 3) L'ARS Auvergne demande ensuite à chaque EHPAD étudié d'élaborer son plan d'action.
- 4) Afin d'évaluer l'effet des plans, une étude de « mesure d'impact » est prévue en 2013.

Par ailleurs, de nouveaux axes sont développés tels que l'utilisation de médicaments écrasés/ouverts avec une forme galénique n'autorisant pas cette pratique ; intérêt d'une liste préférentielle sur la quantité et la qualité des médicaments prescrits. D'autres sont à l'étude comme : évaluer les co-prescriptions (psychotropes ou antihypertenseurs), le suivi du ionogramme, de l'INR lors d'associations à risque, l'adaptation posologique des médicaments à élimination rénale

modicamente a cimination rendici				
Mise en oeuvre des principes du pro	ogramme PMSA de la HAS	☑ OUI	□ NON	
Outils PSMA utilisés ou adaptés				
✓ Critères PMSA	☑ Liste IPC AMI PMSA			
☑ Fiche mémo	Fiche révision ordonnance			
☑ Tableau de suivi	☐ Autres :			

BILAN ET EVALUATION

L'avancée du projet (données collectées dans 95 EHPAD, n=5 129, soit 64% des résidents de ces EHPAD) illustre sa faisabilité avec une petite équipe (n=3).

Les résultats obtenus confirment la forte prévalence du risque iatrogène en EHPAD (clairance de la créatinine absente pour 37% des sujets ; 23% de la population consomme entre 10-15 médicaments et 3% plus de 15 ; 65% des EHPAD ont au moins une ordonnance avec plus de 15 médicaments ; les contre-indications sont fréquentes : 3% des ordonnances et 73% des EHPAD).

La restitution des résultats (rapport individuel, réunions inter-EHPAD, réunions GDR) a permis d'impulser une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles sur l'ensemble de la région (plan d'action mis en place pour 43% des EHPAD ayant fait l'objet d'une restitution; d'autres sont attendus prochainement).

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

Pilotage du projet :

- Une direction, une équipe et un comité d'experts motivés, disponibles et proactifs.
- Une collaboration efficace et fructueuse avec les pharmaciens qui analysent les ordonnances et le comité d'experts

Pour les EHPAD:

- Des résultats détaillés et individualisés avec un argumentaire scientifique robuste
- Une approche incitative / participative à privilégier : permet de sensibiliser les professionnels de santé et leur laisse la latitude de s'approprier le sujet
- Motivation des médecins coordonateurs qui relayent les messages auprès des médecins prescripteurs
- Relance des EHPAD par l'ARS

Freins difficultés

- Dispersion des EHPAD sur un territoire géographique étendu
- Disparité de la capacité des EHPAD (min : 18 ; max : 380)
- Manque de disponibilité des médecins prescripteurs (sauf s'il s'agit du médecin coordonateur) et leur absence aux réunions
- Dans certains EHPAD, absence de médecins coordonateurs pour faire le lien avec les médecins traitants
- Volonté de certains EHPAD de ménager les médecins libéraux intervenant dans leur structure compte tenu d'une densité médicale faible
- Une minorité d'EHPAD réfractaire

Propositions

- Nos résultats confirment la nécessité d'améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en EHPAD. Dans ce cadre et au vu du nombre d'EHPAD ayant mis en place des plans d'actions, notre approche semble efficace. Toutefois, l'étude d'impact programmée en 2013 sur 30-40 EHPAD devrait permettre de caractériser réellement l'effet de ce projet et d'évaluer s'il peut être étendu à d'autres populations, régions...
- Pour pérenniser les plans d'actions et leurs éventuels effets, lors du renouvellement de sa convention tripartite, l'EHPAD devra y intégrer une majorité des mesures correctives mises en place.
- Les échanges avec les professionnels des EHPAD ont permis de mettre en exergue certaines problématiques qui pourraient faire l'objet de documents de synthèse, de cadrage émanant d'autorités de santé. Parmi les questions posées, et/ou les critères d'intérêts, il y a :
 - le choix de l'équation à utiliser (MDRD, Cockroft) pour évaluer la fonction rénale chez le sujet âgé ;
 - une liste validée des médicaments qui ne peuvent être écrasés / ouverts ;
 - une aide pratique à l'élaboration d'une liste préférentielle avec des exemples...



Réévaluation des prescriptions par un binôme pharmacien/médecin en unités de Long Séjour psycho gériatrique : résultats et impact

PROMOTEURS

Dr Emmanuelle Orru Bravo pharmacien (Memmaorrubravo@gmail.com), Dr Olivier Drunat médecin, Dr Dominique Bonnet médecin, Dr Alexandra Castagne pharmacien, Dr Bruno Baune pharmacien (Hôpital gériatrique Bretonneau

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Le sujet âgé, polymédiqué et polypathologique, est fragile face aux événements indésirables médicamenteux. Pour limiter la iatrogénie médicamenteuse, il est nécessaire de mieux prescrire et de réévaluer régulièrement l'ordonnance. A ce jour peu d'études se sont intéressées à la réévaluation de l'ordonnance en Unités de Long Séjour (ULS). L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de la réévaluation des prescriptions en ULS.

L'hôpital gériatrique Bretonneau- APHP dispose de 75 lits de Long Séjour dont 45 lits en psychogériatrie, gérés par un médecin senior sous la direction du chef de service, avec 1 à 2 infirmières présentes.

Un pharmacien clinicien valide quotidiennement chaque modification de traitement avec le logiciel de prescription informatique Genois/Phedra et assure le suivi exhaustif quotidien des INR des patients sous anticoagulants oraux sous Excel depuis 2006. Conformément à la législation, un livret thérapeutique a été établi. Le signalement des effets indésirables liés aux médicaments est systématisé depuis 2006 (pharmacovigilance).

En 2008, suite à la détection de pratiques inadaptées lors d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur l'administration des médicaments et dans un contexte d'optimisation de la prescription, un travail de réévaluation des prescriptions en Long Séjour en profondeur a été initié.

2. Modalités de mise en œuvre

La méthodologie s'est inspirée du programme PMSA de l'HAS pour la révision du traitement.

La revue de l'ordonnance consiste à une auto-évaluation basée sur 5 critères : indication, contre-indication, posologie, galénique, automédication. Le critère automédication, jugé non adapté aux patients hospitalisés, a été remplacé par le critère surveillance clinique et biologique.

Le logiciel Genois/Phedra et le serveur de l'hôpital ont été utilisés pour le recueil des données. Les données recueillies ont concerné : (1) les patients (âge, sexe, pathologies), (2) le médicament prescrit (indication, durée, contre-indication, posologie, nombre de changement de posologies, d'arrêt, médicament écrasé ou non), (3) la surveillance biologique et clinique (nombre d'examens biologiques programmés et de surveillances cliniques ajoutées, causes) et (4) le temps dédié à l'activité par le pharmacien et le médecin (nombre d'heures de travail total sur la période).

La non-conformité d'une indication, la présence d'une contre-indication ont été définies par rapport aux monographies du médicament.

L'étude s'est déroulée en 3 étapes : (1) travail de pré-analyse par le pharmacien clinicien (anamnèse médicamenteuse, vérification du suivi biologique), (2) réévaluation de chaque ligne de traitement par le binôme médecin senior/pharmacien senior avec sollicitation de l'infirmière si besoin, (3) synthèse de l'intervention (modifications, examens programmés) sur une fiche de recueil incluse dans le dossier médical et analyse des données

Cette étude n'a pas été soum hospitalisés.	ise à un comité d'éthique car elle rel	ève des soins	courants reçus par le	s patients
Mise en oeuvre des principes Outils PSMA utilisés ou adapté	s du programme PMSA de la HAS s	☑ OUI	□ NON	
☑ Critères PMSA	Liste IPC AMI PMSA			
Fiche mémo	☑ Fiche révision ordonnance			
☑ Tableau de suivi	□. Autres :			

19PMSA2912 36

L'étude s'est déroulée de février à août 2011.

43 patients ont été inclus d'âge médian 83.5 ans, qui recevaient en moyenne 7 médicaments.

Pour 6% des médicaments, l'indication n'a pas été retrouvée principalement pour l'ésoméprazole, 50% ont été arrêtés.

Pour 4% des médicaments la durée de prescription n'était pas adaptée tous ont été arrêtés.

Trois médicaments ont été arrêtés pour absence d'efficacité et 7 autres car ils n'étaient pas administrés.

Pour 4 % des médicaments une adaptation posologique a été réalisée.

Pour 72% des patients les comprimés étaient écrasés.

Trente deux examens biologiques ont été prescrits pour suivre l'efficacité ou la tolérance et 22 surveillances médicales rajoutées.

Le temps dédié a correspondu à un total de 20 heures pour le binôme et 20 heures supplémentaires pour le pharmacien.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

Pour les évaluateurs :

- Disponibilité : temps dédié à cette activité
- Compétences: maîtrise de la littérature sur l'iatrogénie médicamenteuse et sur les stratégies thérapeutiques, les médicaments (seniorisation?)
- Motivation du médecin : souhait de réévaluer les prescriptions, comprend l'intérêt de travailler avec le pharmacien
- Motivation du pharmacien : doit être conscient de l'apport de ses compétences pharmaceutiques et de sa légitimité

Accès aux données facilitées par l'informatisation:

- Anciens CRH
- Données biologiques
- Prescription

Propositions

- Réévaluer au moins une fois l'ensemble des prescriptions afin d'établir un état des lieux et de mieux cibler ainsi ses actions. Pour chaque hôpital les problèmes détectés peuvent être différents selon l'offre de la structure en terme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse (présence prescription informatisée, livret thérapeutique, analyse pharmaceutique...).
- Cibler ses actions sur les classes thérapeutiques les plus iatrogènes mais également les plus nécessaires au patient en renforçant la surveillance biologique et clinique : antivitamine K (opérationnel à Bretonneau depuis 2006), les insulines, les diurétiques, les psychotropes.
- Systématiser la réévaluation avec fiche de synthèse pour chaque nouveau patient dans le mois suivant l'admission et intégrer cette démarche dans la politique de l'hôpital (officialisation)
- Elaborer un guide sur les suivis biologiques à réaliser et leur fréquence par médicament
- Définir un indicateur pour évaluer l'impact de la réévaluation des prescriptions
- Améliorer la traçabilité de la justification des modifications de traitement dans le dossier du patient
- Mettre en place un compte-rendu hospitalier pharmaceutique avec mise à jour de toutes les modifications de traitement et justification (rôle du pharmacien clinicien)
- Mettre en place des retours d'expérience sur la réévaluation des prescriptions

Freins difficultés

Pour les évaluateurs :

- Manque de temps, activité très chronophage et nécessitant d'être renouvelée
- Manque de motivation

Accès aux données

- Difficulté de savoir si un médicament peut être écrasé notamment avec les génériques. Cela implique un travail de recherche important de la part du pharmacien
- Accès difficile aux validations infirmières de l'administration (lenteur du système informatique)

19PMSA2912 37



PROJET D'AMELIORATION DE LA PRESCRIPTION

Impact d'interventions médico-pharmaceutiques sur la consommation d'hypnotiques en Unité de Soins de Longue Durée

PROMOTEURS

Centre Hospitalier BERTINOT JUEL CHAUMONT-EN-VEXIN (Oise) (m.rhalimi@ch-chaumontenvexin.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La chute des personnes âgées constitue un des grands syndromes gériatriques. Un des facteurs de risque de chute est la prise de psychotropes. Nous avons pu évoquer l'implication particulière du Zolpidem*.

Différentes actions ont été proposées et validées dans le cadre du COMEDIMS visant à minorer la consommation en hypnotiques et plus particulièrement celle du Zolpidem.

= Diminuer l'exposition de nos patients aux Z-Hypnotiques

2. Modalités de mise en œuvre

Les médecins ont été invités à réviser les prescriptions d'hypnotique et de vérifier si elle était conforme au consensus local.

Les consommations étudiées sont celles correspondantes à 86 lits de notre Unité de Soins de Longue Durée de septembre 2007 à janvier 2008 versus septembre 2008 à janvier 2009. Nous avons donc consulté le logiciel de gestion de stocks MEDIANE* et de Dossier médical informatisé OSIRIS*.

Nous avons déterminé le nombre de journées de traitement par hypnotiques sur une période de 5 mois avant et après la mise en œuvre d'actions proposées début septembre 2008 :

- Adapter les posologies du Zopiclone à la fonction rénale des patients,
- Initier les traitements par Zopiclone 3.75 mg au lieu des 7.5 mg souvent proposés,
- Substituer le Zolpidem par Zopiclone.

La mise à disposition de Zopiclone 3.75 mg est effective depuis septembre 2008. Elle permettra d'utiliser plus facilement la plus petite dose efficace.

La posologie usuelle étant d'un comprimé au coucher, nous considérons que la prise d'un comprimé de ces médicaments (Zopiclone 3.75 ou 7.5 mg cp, Zolpidem 10 mg cp) correspond à une journée de traitement.

Mise en oeuvre des principes du pro Outils PSMA utilisés ou adaptés	gramme PMSA de la HAS	□ OUI	☑ NON
☐ Critères PMSA	☐ Liste IPC AMI PMSA		
Fiche mémo	☐ Fiche révision ordonnance		
Tableau de suivi	☐ Autres :		

BILAN ET EVALUATION

Résultats:

L'évolution du nombre de journées d'hospitalisation entre les 2 périodes est relativement faible (+1.6%)

98 patients (27 \circlearrowleft ,71 \circlearrowleft , âge moyen = 84.3 [50,101]) ont transité par le service sur la période 1 contre 94 (24 \circlearrowleft ,70 \circlearrowleft , âge moyen = 84.5 [53,101]) sur la période 2. 54 patients étaient présents sur les 2 périodes.

Le nombre de journées de traitement par Zopiclone est passé de plus de 3280* à 2265 soit une baisse de 31 %. (* borne basse car le dosage 7.5 mg sécable autorise 2 journées de traitement.)

Le nombre de journées de traitement par Zolpidem s'est effondré passant de 603 à 78 entre les 2 périodes soit une baisse de 87 %.

Discussion:

La consommation en hypnotiques s'est effondrée entre les 2 périodes étudiées et plus particulièrement celle du Zolpidem. L'effectivité de la coopération médico-pharmaceutique est confirmée. L'impact des facteurs environnementaux semble négligeable car les patients ont été pris en charge par le même personnel médical et paramédical, dans les mêmes locaux, sur les mêmes périodes de l'année.

20PMSA2912 38

Les facteurs contributifs à cette diminution qui ont été évoqués sont

- La diffusion de messages rappelant l'association entre la prise d'hypnotiques et le risque de chute des PA
- La mise en œuvre d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la prévention des chutes,
- La capacité des médecins à s'approprier les outils mis à leur disposition (Zopiclone 3.75 mg)
- Le travail assidu et régulier de l'équipe d'animation.
- Les opinions pharmaceutiques (Fiche d'intervention pharmaceutique) qui sont transmises aux prescripteurs.

Conclusions:

L'intégration du nouveau dosage de Zopiclone et la communication sur l'association entre prise d'hypnotiques et risque de chute peuvent permettre de minorer la quantité de ces médicaments administrée aux patients dans une USLD.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Echanges médico-pharmaceutiques autour des stratégies de prise en charge (individuelles et collectives) réguliers
- Simplicité du message (ici gradation du traitement de rien à Zolpidem 10 mg)

Freins difficultés

- Dépendance des patients, difficulté à organiser et même à proposer un arrêt
- Si nos patients sont inactifs, qu'ils dorment le jour, il est normal qu'ils ne dorment pas la nuit

Propositions

- Si Zopiclone requis, encourager l'utilisation de Zopiclone 3.75 mg
- Diminuer l'exposition de nos patients aux Z-Hypnotiques

20PMSA2912 39



PLATE-FORME D'ECHANGES HAS PMSA

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET AGE - PREVENTION DE LA IATROGENIE

29 novembre 2012

PROJETS CIBLES AMI ALZHEIMER

Alerte et Maitrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer



Action de sensibilisation du médecin aux risques des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer en médecine de ville

PROMOTEURS

RSI – Régime Social des Indépendants – Service médical national Docteur Pascal PERROT – Docteur Bertille ROCHE-APAIRE – Docteur Jean DELIGNE (⋈ Jean.Deligne@npdc.rsi.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La réduction de la prescription des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer constitue une priorité en matière de prévention de la iatrogénie évitable. En France les malades Alzheimer sont six fois plus exposés que la population du même âge (indicateur national d'alerte iatrogénique HAS).

Le service médical national de la caisse RSI a souhaité s'associer au programme AMI Alzheimer élaboré par la Haute Autorité de Santé avec les professionnels de santé en menant une action de sensibilisation des prescripteurs afin de limiter les prescriptions de neuroleptiques aux seuls cas médicalement réévalués.

2. Modalités de mise en oeuvre

Chaque service médical régional a sélectionné les patients relevant de la maladie d'Alzheimer (ALD) et ayant eu des remboursements de neuroleptiques sur les mois d'octobre et novembre 2010. Un courrier personnalisé a été adressé aux médecins prescripteurs lui indiquant outre l'identité du patient et les médicaments prescrits (nom commercial), les dangers de la poursuite non réévaluée de médicaments neuroleptiques le tout étant accompagné d'une brochure interinstitutionnelle établie par la HAS « Programme AMI Alzheimer ».

Une nouvelle recherche a été effectuée trois mois après l'envoi des courriers pour les patients inclus lors de la première étape afin de tenter d'évaluer l'impact de la rétro information.

A noter que les nouveaux cas identifiés lors de cette étape 2 ont également fait l'objet d'un courrier

Mise en oeuvre des prii	ncipes du	programme AMI A	Izheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON
A	LERTE*			MAITRISE*	
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	OUI	☑ NON
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	OUI	✓ NON

BILAN ET EVALUATION

Pour 2 016 patients, il a été observé une prescription de neuroleptiques sur la période ciblée de deux mois générant l'envoi du courrier personnalisé aux médecins prescripteurs.

Trois mois après cet envoi il n'a pas été observé de poursuites de la délivrance de neuroleptiques pour 48% des patients (968 / 2 016).

La mesure de l'interruption spontanée des prescriptions de neuroleptiques a été réalisée sur la période du 1^{er} semestre 2010 et a permis d'observer que pour 34% des patients (774 / 2 266) le traitement n'avait pas été poursuivi.

Au total pour 48% des patients avec intervention il n'a pas été retrouvé de prescription de neuroleptiques 3 mois après contre 34%, pour les patients sans intervention. Cette différence est statistiquement significative.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

 La rétro information personnalisée du médecin prescripteur a montré dans de nombreuses études son efficacité. Néanmoins l'action doit être poursuivie pour maintenir une réelle efficacité.

Freins difficultés

Si l'Assurance Maladie dispose facilement de l'historique des médicaments remboursés et le service médical des diagnostics déclarés lors des demandes d'ALD notamment, il n'en reste pas moins que nous ne pouvons pas pleinement appréhender l'état clinique du patient.

Propositions

Le service médical du RSI se propose de reprendre cette action en 2013 de façon pérenne et en tentant d'analyser les motifs d'arrêt de traitement (prise de conscience, switch vers un autre traitement, amélioration ou non de l'état du patient.....). Concernant les poursuites de traitement on pourrait envisager un contact avec le médecin prescripteur pour analyser également les motifs.



Elaboration d'un guide de communication pour les partenaires sociaux des patients-Alzheimer

PROMOTEURS

Collège Français d'Orthophonie (CFO) – Thierry ROUSSEAU (

throusseau2@wanadoo.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une équipe de recherche de l'UNADREO (LURCO-ERU 17), un mémoire d'étudiantes en orthophonie intégrées au LURCO et encadrées par son directeur a été réalisé.

Les difficultés de communication des personnes Alzheimer peuvent entraîner un repli sur soi et un abandon progressif de toute vie sociale, des troubles du comportement avec exposition aux neuroleptiques. Afin de tenter de retarder cela, un guide de communication adressé aux partenaires sociaux de quatre sujets Alzheimer a été élaboré pour les sensibiliser aux difficultés de leurs clients, les aider à adapter leur communication et ainsi améliorer leurs échanges. Il s'agit d'une thérapie écosystémique élargie au réseau social.

2. Modalités de mise en oeuvre

Nous avons rencontré les sujets et leurs aidants afin de leur exposer le projet et d'avoir leur accord de participation. Lors d'une 2ème rencontre, nous leur avons administré le MMS afin de déterminer leur degré d'atteinte cognitive, et la GECCO (Grille d'évaluation des Capacités de Communication des patients atteints de la démence de type Alzheimer) pour personnaliser le guide en fonction des actes de langage encore à leur compétence.

Le QCA (Questionnaire de communication aux aidants) rempli par les aidants nous a également été utile dans cette tâche.

Ensuite, nous avons déterminé avec les sujets et leurs aidants, les partenaires sociaux auxquels ils souhaitaient proposer l'outil.

Après avoir personnalisé les guides à chaque sujet et à chaque situation, nous les leur avons distribués et à leur tour, les aidants les ont remis aux partenaires sociaux.

Après une utilisation de 5 mois par ces derniers, nous leur avons remis un questionnaire afin qu'ils nous donnent leur opinion sur l'utilité d'un tel outil, sur son impact sur la communication avec leur client et le comportement de celui-ci. Nous avons également remis un questionnaire aux aidants afin de les interroger sur ces 2 derniers points.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS 💢 🗖 OUI 📈 📈	Mise en	n oeuvre des	principes du	programme Al	MI Alzheimer de	la HAS	□ OUI	☑ N(
-------------------------------------------------------------------------------	---------	--------------	--------------	--------------	-----------------	--------	-------	------

BILAN ET EVALUATION

Après cinq mois d'utilisation, les résultats sont encourageants.

Les commerçants considèrent que le guide leur a été utile dans leur relation avec leurs clients. Cependant, l'amélioration de la communication et la diminution des troubles du comportement réactionnels des sujets restent encore à démontrer.

Un article a été rédigé et est soumis à la revue Glossa dans le cadre du concours « Articles issus d'un mémoire »

Le travail sera poursuivi en 2012-13 avec la participation d'autres étudiantes en orthophonie. Un guide de communication à destination de l'entourage social sera intégré à cette étude. Il conviendra d'approfondir son utilisation par l'aidant, l'impact sur la survenue des troubles du comportement.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Freins difficultés Difficultés à évaluer l'impact de l'utilisation du guide sur la survenue de troubles du comportement Difficultés à faire un lien avec la prescription des neuroleptiques

2AMI2912



Utilisation des neuroleptiques chez les patients âgés de 65 ans et plus, étude transversale sur une base de données nationale de médecine générale

PROMOTEURS

Dr Anne MALOULI (

a.malouli@sfmg.org), mémoire de Master 2 à partir de la base de l'Observatoire de la Médecine générale de la Société Française de Médecine Générale

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les médecins généralistes sont souvent confrontés au problème de troubles du comportement chez les personnes âgées. La réalité des prescriptions de neuroleptiques et de leurs indications est mal connue en médecine générale.

Objectifs

- Identifier les indications associées à la prescription de neuroleptiques chez les patients de 65 ans et plus, dans les dossiers des médecins traitants.
- Décrire les caractéristiques de ces patients et des médecins prescripteurs.

2. Modalités de mise en oeuvre

Analyse transversale des données 2005-2009 dans l'Observatoire de la Médecine Générale.

Tous les patients de 65 ans et plus recevant une prescription de Neuroleptiques ont été inclus. L'âge, le genre, les pathologies et les médicaments ont été retenus comme variables. Une analyse descriptive et factorielle a été réalisée.

Mise en œuvre des	principes du programme	AMI Alzheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON	

BILAN ET EVALUATION

Les données provenaient de 77 médecins et 824 patients ont été inclus dans l'étude.

Certains neuroleptiques étaient clairement liés à un groupe d'indications de prescription chez les patients âgés. Les prescriptions n'étaient par exemple pas les mêmes pour les patients déments et non déments.

Les prescriptions étaient dans l'ensemble en conformité avec les recommandations de bonne pratique. Les patients déments représentaient une part moins importante qu'attendu avant l'étude.

La prescription de neuroleptiques débutait presque une fois sur deux (43,1%) avant l'âge de 65 ans.

L'originalité de l'étude est de s'appuyer sur les données des médecins généralistes et de cibler spécifiquement la tranche d'âge des plus de 65 ans. L'analyse factorielle permet de mettre en évidence une typologie de patients ayant des profils de prescription spécifiques.

Au-delà de la prescription médicamenteuse et du risque iatrogénique qu'elle entraîne, l'indicateur neuroleptique renvoie aussi à un enjeu sociétal majeur, source de difficultés pour le médecin généraliste : la prise en charge de la dépendance

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

 Intérêt de disposer d'une base nationale d'analyse des pratiques et des pathologies en médecine générale

Freins difficultés

- Financement d'une telle base nationale.
- Inciter les médecins généralistes à entrer dans une démarche de recueil de données.

Propositions

Perspectives:

De multiples études complémentaires plus détaillées sont envisageables:

- Etude de la posologie, des critères sémiologiques, de la succession de neuroleptiques, ...
- Questionnaires médecins pour obtenir des données complémentaires
- Evaluation de la durée de prescription et identification du prescripteur initial grâce à la base appariée SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie): projet PROSPERE
- Etude qualitative auprès des médecins pour analyser les déterminants à la prescription
- Evaluation économique des coûts engendrés par la prescription de neuroleptiques.

Hypothèse:

Une connaissance plus fine des données médico-socio-économiques liées à la prescription des neuroleptiques chez les sujets âgés pourrait permettre une meilleure maîtrise de celle-ci.



Community Occupational Therapy in Dementia Programs (COTID): formation continue de l'ANFE pour la diffusion du programme COTID en France.

PROMOTEURS

Eric TROUVE, Président, Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (⋈ president@anfe.fr)

Jean Michel CAIRE: Responsable de Formation Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux, Doctorant SP

2, Université Bordeaux II (⋈ jean-michel.caire@chu-bordeaux.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Une revue systématique a mis en évidence que des interventions non-pharmacologiques produisaient sur le comportement des effets significativement plus important, que ceux observés avec les inhibiteurs de cholinesterase, traitement médicamenteux disponible actuellement [1]. Il est aussi reconnu que l'ergothérapie est efficace auprès des démences [2-3]. Le premier objectif de ce type de thérapie est d'améliorer la réalisation des activités des patients dans la vie quotidienne, et ainsi promouvoir l'autonomie et la participation dans les activités sociales et réduire la charge des aidants en améliorant leur sentiment de compétence et leur capacité à gérer les problèmes comportementaux qu'ils rencontrent [4, 5].

Des études antérieures avaient montré que l'ergothérapie en milieu ordinaire, à domicile, pouvait améliorer l'indépendance fonctionnelle des patients atteints de démence et réduire la charge de l'aidant [4 -2]. L'ergothérapie améliore le fonctionnement quotidien des patients et réduit la charge des aidants, malgré les capacités limitées d'apprentissage des patients. Dans l'étude de Graff M., les effets sont encore présents à 12 semaines. [6] Nous considérons que l'ergothérapie en milieu ordinaire en suivant le programme COTID devrait, pour la démence, diminuer les conséquences des troubles du comportement, améliorer le fonctionnement quotidien et le sentiment de compétence des aidants.

L'ANFE met en novembre 2012 une formation continue pour développer ce programme d'intervention en France dans le cadre des Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) et des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

2. Modalités de mise en oeuvre

La traduction du livre de Graff M. a été en partie financée dans le cadre de la convention HAS/ANFE pour la promotion des indicateurs de bonnes pratiques en ergothérapie.

L'ANFE a retenu le programme COTID préconisé dans l'étude d'une haute qualité métrologique écrits de Maud Graff, notamment le livre expliquant le programme : GRAFF Maud J. L. & Cie. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers : cost effectiveness study.

Pour cela l'ANFE a financé un traducteur professionnel, ainsi qu'un système de double traduction par une traductrice ergothérapeute pour s'assurer de la fiabilité du choix des mots en lien avec l'approche de la santé et de l'ergothérapie. Deux professionnels ergothérapeutes français ont assuré la relecture indépendante pour finaliser l'ouvrage en français.

Un programme de formation spécifique aux ergothérapeutes en 2012 a permis de transmettre le programme COTID pour renforcer leurs compétences sur l'approche dite « client-centré » et sur les modalités d'évaluation. L'objectif est le repérage et la mesure des situations à risque afin d'améliorer les prises en charge à domicile.

Chaque stagiaire (douze pour la première session) apprend :

- Modalités d'alerte: Identification de la situation à risque par l'entretien L'OPHI-II, outil d'évaluation de l'histoire de la performance occupationnelle: En racontant leur vie et leur histoire occupationnelle, en parlant du passé, de la période où elles étaient compétentes et dans la force de l'âge. Cet outil d'évaluation permet de rendre l'intervention ergothérapique la plus centrée possible sur le patient (personnalisée), et la faire correspondre au ressenti subjectif des activités de la personne atteinte de démence dans son environnement familier (lieu de vie).
- Identification de la situation à risque par l'observation en mise en situation écologique de la personne et de <u>l'aidant</u>: Le fonctionnement quotidien des patients est évalué avec l'Assessment of Motor and Process skills (AMPS), l'échelle de performance de l'Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD). La charge des aidants est évaluée avec le Sense of Competence Questionnaire (SCQ). L'ergothérapeute propose des mises en situation au domicile significatives pour observer les conséquences des troubles sur le quotidien entre autre les difficultés comportementales.

- Modalités de maîtrise: Mise en œuvre du programme d'action après identification des objectifs avec le patient et l'aidant: 10 sessions d'ergothérapie pendant 5 semaines incluant des interventions cognitives et comportementales pour entraîner les patients à l'utilisation d'aides pour compenser le déclin cognitif, et pour entraîner les aidants à adapter leurs comportements et leur supervision.
- Modalités de maîtrise lors de la réévaluation : Maitrise de la situation à risque par le suivi de l'alerte : Evaluation de l'impact de l'intervention sur le comportement au quotidien de la personne Alzheimer (entretien aidant, patient : OPHI II), sur le maintien de l'activité au quotidien (AMPS), sur la diminution du fardeau de l'aidant (SCQ), sur la diminution de la prise de neuroleptique en lien avec le médecin traitant et le responsable du réseau domicile.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS ☐ OUI ☑ NON

BILAN ET EVALUATION

Retour deuxième session de formation (six mois). Présentation des résultats des différents participants avec étude des modalités d'alerte et de maîtrise en lien avec le vécu des ergothérapeutes. Graff M. organise avec l'ANFE se retour pour identifier l'impact particulier du programme COTID sur les patients et les aidants, sur la pratique professionnelle et sur les changements de représentations des ergothérapeutes vis-à-vis de l'accompagnement des personnes Alzheimer et de leurs aidants au domicile.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Publication du livre relatant la méthode COTID -Intervention du Pr Graff M. dans la formation -Utilisation de la traduction simultanée
- Suivi des participants à distance via internet pour pilotage de la mise en place du programme.

Freins difficultés

- Variabilité des participants à la formation aussi bien sur les lieux d'exercices que sur les modalités d'intervention
- Soutien du projet non financé actuellement dans sa phase exploratoire d'impact de la formation sur la pratique en ergothérapie

Propositions

Créer une communauté de pratique pluridisciplinaire en lien avec la question du soutien à domicile de la personne Alzheimer et de sa famille.

- Les communautés de pratiques sont définies comme le moyen de produire et de partager des connaissances et d'améliorer les pratiques et la performance organisationnelle. Le terme «communauté de pratique », initialement employé par Lave et Wenger (1991). Trois dimensions centrales caractérisent une communauté de pratique : l'objectif commun, l'engagement mutuel, c'est-à-dire l'ensemble des interactions qui amènent à partager des connaissances, le répertoire partagé c'est-à-dire la mise en commun des ressources : outils, expériences de fonctionnement et de pratiques.
- Dans un premier temps, le groupe formé à la pratique COTID devrait être organisé pour un partage de connaissances sur la thématique évoquée. Dans un deuxième temps, ce groupe pourrait s'ouvrir aux autres professionnels, aux aidants à l'identique du travail réalisé autour de l'AVC par l'équipe de Montréal de Lise Poissant (Poissant et al. 2006; 2007).

Bibliographie

- 1. Luijpen MW, Scherder EJ, Van Someren EJ, Swaab DF, Sergeant JA. (2003) Nonpharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients—a comparison with cholinesterase inhibitors. *Rev Neurosci* 2003; 14:343-68.
- 2. Burgener SC, Bakas T, Murray C, Dunahee J, Tossey S.(1998) Effective caregiving approaches for patients with Alzheimer's disease. Geriatr Nurs 1998;19:121-52.
- 3. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, (2003) Witte de LP. Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. Occup Ther J Res 2003;23:155-63.
- 4. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJ, Zajec J, Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. (2006) How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study. Dementia 2006;5:503-32.
- 5. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. (2001) A randomized, controlled trial of a home environment intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily functioning of persons with dementia. Gerontologist 2001;41:4-14.
- 6. Sorita E. (2011) Ergothérapie en milieu ordinaire de vie pour des patients atteints de démence et pour leurs aidants : essai contrôlé randomisé Graff M. et al. In La maladie d'Alzheimer : l'ergothérapie apporte sa contribution, mars 2011, n°41.
- 7. Graff M. et al. (à paraître 2013) L'ergothérapie auprès des personnes âgées atteintes de démence et leurs aidants, Solal, ANFE, Marseille.



Approche pratique de l'évaluation du milieu de vie : exploration d'un modèle de pratique en ergothérapie dans des services de soins ESA-MAIA.

PROMOTEURS

Jean Michel CAIRE : Responsable de Formation Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux, Doctorant SP 2, Université Bordeaux II (

jean-michel.caire@chu-bordeaux.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Le plan Alzheimer prévoit de renforcer d'ici 2014 l'offre à domicile en créant 40 Equipes Spécialisées Alzheimer en France. (ESA).

L'expertise du milieu de vie coordonnée entre tous les acteurs s'avère nécessaire, voire essentielle, pour mettre en place un projet de vie réaliste et en adéquation avec la participation sociale de la personne âgée.

Cette intervention permet de questionner la réalité des personnes Alzheimer et de leurs familles à deux niveaux en lien avec les troubles du comportement de la personne Alzheimer : quels sont les ressorts susceptibles d'aider les familles et les personnes atteintes de la maladie Alzheimer dans un cheminement d'accommodation face à une réalité mouvante à domicile ? En quoi l'étude des déterminants familiaux et environnementaux permet d'identifier, dans l'expertise du milieu de vie en ergothérapie, les leviers de changement favorable au maintien à domicile et à la diminution des manifestations de comportements inappropriés ?

En lien avec la recherche soutenue par l'Université de Bordeaux II et l'Université de Laval (Québec), l'objet de l'étude préliminaire serait d'explorer un modèle de pratique en ergothérapie dans le cadre de l'Expertise de l'Environnement en Ergothérapie.

Cette approche s'appuie sur la démarche systémique pluri professionnelle permettant le croisement de données observées sur le terrain afin de poser un diagnostic partagé et négocié avec la personne Alzheimer, son entourage et l'équipe médico-sociale. L'hypothèse est que cette démarche aura une influence positive dans la prise de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Pour la mise en œuvre nous utiliserons le logiciel E3 facilitant la transmission des données de l'expertise du milieu de vie (http://www.informatique-education.fr/)

2. Modalités de mise en oeuvre

Repérer et mesurer les situations à risque, tout en améliorant les prises en charge.

- Modalités d'alerte: Identification de la situation à risque par l'entretien Niveau d'aptitude aux activités et de satisfaction: Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel et participation sociale (MCRO). L'évaluation des résultats est subjective et prend en compte l'indice de rendement (aptitude) et de satisfaction de la personne interviewée dans les occupations qui sont importantes pour lui. Etude statistique des déterminants familiaux et environnementaux et de l'implication dans les troubles du comportement (selon Lerman I.C, 1970; 1981).
- Identification de la situation à risque par l'observation en mise en situation écologique de la personne et de l'aidant: Le fonctionnement quotidien des patients est évalué avec l'Assessment of Motor and Process skills (AMPS), l'échelle de performance de l'Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD). La charge des aidants est évaluée avec le Sense of Competence Questionnaire (SCQ). L'ergothérapeute propose des mises en situation au domicile significatives pour observer les conséquences des troubles sur le quotidien entre autre les difficultés comportementales.
- <u>Modalités de maîtrise</u>: Mise en œuvre du programme d'action après identification des objectifs avec le patient et l'aidant: étude de l'impact de l'évaluation dans les décisions liées au projet de soin. (Analyse qualitative du contenu des réunions pluridisciplinaire).
- <u>Modalités de maîtrise lors de la réévaluation</u>: Maitrise de la situation à risque par le suivi de l'alerte: Evaluation de l'impact de l'intervention sur le comportement au quotidien de la personne Alzheimer (entretien aidant, patient: MCRO, entretien systémique), sur le maintien de l'activité au quotidien (AMPS), sur la diminution du fardeau de l'aidant (SCQ), sur la diminution de la prise de neuroleptique en lien avec le médecin traitant et le responsable du réseau domicile.

La mise en œuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS et les mesures sont prévues dans la phase d'alerte et de maîtrise en lien avec le programme E3. L'objectif de ces mesures est de voir en quoi cette évaluation influence la diminution prise de neuroleptique dans la maladie d'Alzheimer.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS ☐ OUI ☑ NON

L'évaluation d'un outil permettant aux ergothérapeutes de synthétiser les besoins et les caractéristiques de l'environnement (habitat, social) des personnes en perte d'autonomie optimiserait le travail de coordination réalisé par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et les gestionnaires de cas de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) envers tous les professionnels qui gravitent autour de l'usager.

Il permettrait d'avoir une lisibilité sur l'influence du milieu de vie dans la prise de neuroleptiques et donc sur les facteurs favorables à la diminution de ceux-ci.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Outil informatique E3 disponible.
- Partenariat avec deux universités dont une à Laval (Québec).
- Base de données bibliographique internationale.
- Soutien méthodologique de l'université de Bordeaux Il dans le cadre du doctorat SP2.

Freins difficultés

 Soutien du projet non financé actuellement dans sa phase exploratoire de terrain

Propositions

- Le projet s'inclut directement dans une démarche de santé publique et favorisera le soutien à domicile pour les personnes Alzheimer et une amélioration de la qualité de vie des personnes Alzheimer et des aidants.
- Dans la prévention de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, il est indispensable de bien identifier les contraintes et ressources disponibles dans l'environnement domiciliaire proche et étendu (habitat, quartier...). En outre, il faut considérer son environnement relationnel proche et étendu (famille, réseau social, réseau professionnel).



Surveillance en temps réel de la prescription de Neuroleptiques chez les patients bénéficiant d'une prise en charge dans un centre mémoire et d'une inclusion dans la Banque Nationale Alzheimer

PROMOTEURS

Centre mémoire de recherche et de ressources (CMRR) et Département de Santé Publique du CHU de Nice, Dr Frank LE DUFF (
|=-duff.f@chu-nice.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

La Base Nationale Alzheimer (BNA) est issue de la Mesure 34 du Plan National Alzheimer 2008-2012.

A ce jour, plus de 390 000 patients (715 155 actes) sont disponible dans la base de données. Les informations sont adressées par plus de 400 Consultations Mémoire réparties sur toute la France.

La BNA a été présentée dans plusieurs pays en Europe, qui souhaitent développer un tel système.

La BNA a reçu de très bons commentaires à la suite de l'audit effectué par la Cour des Comptes sur le Plan National Alzheimer.

Il existe ainsi actuellement 31 variables à compléter dans le Corpus Minimum d'Information Alzheimer (CIMA) et chaque CIMA doit être transmis au Système d'information Alzheimer pour chaque acte réalisé pour chaque patient. Outre les données concernant le diagnostic, la base nationale permet le recueil des informations relatives aux traitements médicamenteux.

La BNA permet donc de procéder à des analyses transversales. Elle constitue également un outil de suivi épidémiologique longitudinal.

2. Modalités de mise en oeuvre

Dans une précédente analyse [1], nous avons montré que 79,3% des prescriptions de traitement anti-Alzheimer étaient conformes aux recommandations françaises. Ces prescriptions hors recommandations des deux classes d'anti-Alzheimer surviennent plus souvent en situation de recours face à une maladie d'Alzheimer à un stade avancé. La Banque Nationale Alzheimer a ainsi montré sa capacité à servir d'outil de connaissance épidémiologique susceptible de donner des renseignements précis sur les pratiques médicales dans la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées.

En matière de neuroleptiques, nous pouvons élaborer un indicateur sentinelle de suivi de ces prescriptions chez le patient diagnostiqué comme étant atteint par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée. Cette variable peut également être ventilée par type de mode de vie (vivant à domicile avec ou sans famille ou vivant en institution), par sexe, par tranches d'âge, par niveau de score MMSE, type de centre (CMRR, CM ou libéral) ou encore par région.

Le tableau de bord ainsi réalisé peut être édité périodiquement et servir d'observatoire sur les habitudes de prescription sur le territoire national afin de mesurer l'impact des recommandations du programme AMI.

Certains indicateurs ainsi que des messages à visée d'alerte peuvent également être relayés par la lettre mensuelle d'actualités de la BNA distribuée à l'ensemble des centres participant au recueil.

[1], Tifratene K, Duff FL, Pradier C, Quetel J, Lafay P, Schück S, Benzenine E, Quantin C, Robert P. Use of drug treatments for Alzheimer's disease in France: a study on a national level based on the National Alzheimer's Data Bank (Banque Nationale Alzheimer). Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012 Sep;21(9):1005-12

Mise en oeuvre des prin	ncipes du pro	gramme AMI Alzheime	er de la HAS	☑ OUI	□ NON
,	LERTE*			MAITRISE*	
Mise en œuvre	☑ OUI	□ NON	Mise en œuvre	OUI	☑ NON
Mesurée	☑ OUI	□ NON	Mesurée	OUI	☑ NON

Le projet est prévu en cours d'année 2013.

Les éléments prévus dans l'évaluation seront les quantités de neuroleptiques prescrits par catégorie de diagnostic, d'âge et de mode de vie.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Déploiement de la BNA sur l'ensemble du territoire
- Progression constante du recueil au 'fil de l'eau'
- Interrogation facilitée de la base de données

Freins difficultés

- Certains centres mémoires de référence sont encore absents (région parisienne)
- En attente d'une démarche qualité sur le recueil de données sur l'ensemble des centres qui participent au recueil



Place des réseaux de santé gérontologiques dans la prévention de la iatrogénie liée aux neuroleptiques chez les patients porteurs d'une maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées.

PROMOTEURS

Fédération Régionale des Réseaux Gérontologiques PACA: Réseau Gérontonord Marseille, Réseau gérontologique Marseille Sud, Réseau Est CGD Marseille, Réseau ACLAP Centre Marseille, Réseau Symbiose L'Argentière (04), Réseau Cronoss Nice (06), Réseau Alp'ages Chateaurenard (13), Réseau AG3 Grasse (06).

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les réseaux de santé gérontologiques ont pour mission prioritaire le maintien des personnes âgées au domicile et la limitation du recours à l'hospitalisation. La prise de neuroleptiques (NLP), en particulier chez les patients Alzheimer et apparentés (PAA), est un facteur d'hospitalisations itératives.

Dans le cadre de la plateforme PMSA, il apparait intéressant de mener une enquête pour évaluer la capacité des réseaux à influer sur la prescription de NLP par les prescripteurs :

- En identifiant et en alertant sur la non pertinence d'une prescription ;
- En cherchant à la maitriser lorsque celle-ci est inadaptée, par modification de la prescription et mise en œuvre des alternatives non médicamenteuses.

2. Modalités de mise en oeuvre

Il s'agit d'une enquête prospective multisite coordonnée par un Comité de pilotage (Copil) assurant l'homogénéisation des données recueillies. Elle a débuté en juillet 2012 et se prolongera jusqu'en juin 2014.

Population étudiée

L'étude porte sur l'ensemble des files actives de 8 réseaux volontaires en région PACA au 1er juillet 2012, soit un total estimé à 1800 patients auquel se rajoutent les patients nouvellement inclus en file active du 01/07/2012 au 30/06/2013, soit 800 nouveaux patients. Une enquête préliminaire évaluait à environ 40% le taux de patients PAA dans une file active donnée. L'étude devrait ainsi porter sur un échantillon de près de 1000 patients dont le volume doit permettre l'obtention de résultats significatifs.

Critères d'inclusion

Au sein de cet échantillon, est inclus tout patient traité par NLP (liste HAS de janvier 2012) de façon continue (durée supérieure à 1 mois) ou répétée (durée de 15 jours répétée 2 fois au cours des 3 derniers mois). Chaque inclusion fait l'objet d'une fiche transmise au Copil pour validation. Chaque patient inclus est suivi pendant une durée de 12 mois.

Modalités d'alerte

A partir de ces données est établi un indicateur d'alerte global et propre à chaque réseau défini comme le rapport du nombre de PAA sous NLP sur le nombre global de PAA présents dans les files actives.

Pour chaque patient inclus, le médecin coordonnateur procède à une analyse de la pertinence de la prescription à partir des éléments présents dans le dossier (évaluation gérontologique initiale ; ordonnance) et/ou fournis par les aidants ou le médecin traitant. Cette analyse repose sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS en matière de prescription des NLP.

A l'issue, le médecin coordonnateur procède à un contact téléphonique avec le médecin prescripteur et/ou traitant dans le but d'effectuer un signalement et l'invitant à mener une réflexion sur la poursuite ou la modification du traitement ; la réceptivité de l'interlocuteur est rapportée sur la fiche d'inclusion.

Modalités de maitrise

Deux éventualités sont possibles à l'issue du signalement :

- La prescription est appropriée, argumentée et justifiée : le traitement est poursuivi et réévalué périodiquement ;
- La prescription apparait inappropriée : il est procédé à un arrêt ou à une modification du traitement avec ou sans préconisations d'alternatives non médicamenteuses, éventuellement appuyés par une concertation pluridisciplinaire.

Chaque patient est suivi mensuellement par un professionnel du réseau pendant 12 mois ; ce suivi est mentionné sur une fiche dont l'analyse doit permettre d'évaluer les conséquences des modifications thérapeutiques apportées.

7AMI2912

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS				☑ OUI	□ NON
	ALERTE*			MAITRISE*	
Mise en œuvre	☑ OUI	□ NON	Mise en œuvre	. ☑ OUI	□ NON
Mesurée	☑ OUI	☐ NON	Mesurée	☑ OUI	□ NON
Taux :	11% (en cours	3)	Taux : En cours	s d'appréciation	
*Réponse oui, si prévue					

L'étude ayant débuté au 1er juillet 2012, seuls les résultats de 7 des 8 réseaux sont disponibles et ne concernent que l'alerte.

- Nombre de patients en file active : 1335
- Nombre de patients identifiés PAA: 443 soit 33.2 % (extrêmes par réseau: 19.3 % 47,9 %)
- Nombre de patients PAA sous NLP : 44 soit 9.9 %

Ces résultats confirment le rôle des réseaux dans la prise en charge des PAA à leur domicile, ces derniers représentant quels que soient les types de réseaux (urbains ou ruraux) plus du tiers de leur file active.

Le taux de PAA sous NLP à domicile est très significativement inférieur à celui qui est observé en institution.

Les premiers résultats issus des entretiens montrent, sur un petit nombre de sujets inclus, que la mise sous NLP à domicile constitue un facteur de fragilité : en effet, un taux important de ces sujets sont, lors des premières visites de suivi, ou décédés, ou placés en institution.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Intégration du réseau au parcours de soins de la personne âgée, et qualité de la collaboration avec le médecin traitant
- Capacité du médecin coordonnateur des réseaux à porter une information et à participer à une amélioration des pratiques de la part des professionnels de santé et des aidants

Freins difficultés

- Difficulté à obtenir l'adhésion des prescripteurs à une modification des pratiques et à accepter les réseaux comme interlocuteur en qualité d'expert gériatrique.
- Restructuration et redéfinition actuelles des missions des réseaux aboutissant à une très probable diminution du temps médecin.

Propositions

- Il convient de réaffirmer la place et le rôle majeur que doivent jouer les réseaux gérontologiques dans la prise en charge des PAA au niveau de leur domicile, en particulier via le soutien coordonné des professionnels de santé.
- Il convient de procéder à une analyse fine des facteurs motivant la prescription de NLP à domicile et d'examiner les conséquences objectives de celle-ci comme facteur d'hospitalisation.



Evaluation de la prescription de psychotropes chez les patients Alzheimer

PROMOTEURS

Le Réseau Bas Normand Santé Qualité – Marie José DALCHE GAUTHIER ((⊠ dalchegautier-mj.rbnsq@orange-business.fr) Groupe de travail Régional représentant les établissement ou structures suivantes :

Services court séjour gériatrie aigüe des établissements suivants : CHU Caen, CH Saint Lô, Hôpital de Sées Equipes mobiles de gériatrie : CHU Caen, CH du Cotentin, CH Avranches/Granville

EHPAD : Hôpital de Sées, 7 EHPAD volontaires de l'Orne.

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Etat des lieux de la prescription des psychotropes, dont les neuroleptiques, chez les personnes diagnostiquées Alzheimer et bénéficiant d'un traitement spécifique, dans les établissements, ou structures volontaires, prenant en charge des patients Alzheimer du groupe régional

2. Modalités de mise en oeuvre

<u>Critère d'inclusion</u>: Patient âgé de plus de 65 ans, atteint exclusivement d'une démence d'Alzheimer diagnostiquée et recevant un traitement spécifique.

Durée de l'étude : 1er semestre 2011

Recueil des données à partir des dossiers patients :

- Transversal un jour donné pour l'EHPAD
- Prospectif pour les services de court séjour gériatrique et équipes mobiles.
- 15 dossiers par site
- Au total 193 dossiers observés

• Au	total 193 dossiel	's observes				
Mise er	n oeuvre des pr	incipes du pro	gramme AMI Alzheime	r de la HAS	☑ OUI	□ NON
		ALERTE*			MAITRISE*	
	Mise en œuvre	☑ OUI	□ NON	Mise en œuvre	OUI	☑ NON
	Mesurée	☑ OUI	□ NON	Mesurée	OUI	☑ NON
	Taux :	14,5%		Taux :		
*Réponse	e oui, si prévue					

BILAN ET EVALUATION

Sur les 193 observations 152 comportent au moins une prescription de psychotropes soit (79%) Parmi les prescriptions de psychotropes, on retrouve :

- 77 fois des antidépresseurs (50.7%)
- 68 fois des benzodiazépines (44.7%)
- 22 fois des neuroleptiques (14.5%)

Une présentation des résultats avec les recommandations des bonnes pratiques cliniques sur la prescription des neuroleptiques a été faîtes dans les différentes structures participantes.

Faire le point sur les actions d'amélioration et une nouvelle évaluation est prévue en 2013



Mise en place du programme AMI Alzheimer dans 5 Ehpad du groupe Korian utilisant le système Médissimo

PROMOTEURS

Dr. Nadia COHEN, Conseiller Médical, Groupe Korian (⋈ n.cohen@groupe-korian.com)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les malades d'Alzheimer sont six fois plus exposés aux neuroleptiques que les personnes du même âge. Le taux de prescription chronique est de 18% chez les malades d'Alzheimer et va jusqu'à 27% des résidents d'EHPAD. (HAS rapport 2007- 2008 -2010, CNAMTS MSA RSI DGS InVS- HAS plateforme clinique psychotropes sujets âgés)

L'objectif principal de cette étude est de diminuer l'utilisation inappropriée des neuroleptiques chez les résidents déments en EHPAD. Nous avons choisi d'élargir le programme AMI Alzheimer à l'ensemble des résidents déments. En effet, une grande proportion des résidents entrent en Ehpad à un stade avancé de démence, alors que le diagnostic étiologique n'est plus réalisable.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de développer les thérapeutiques non médicamenteuses dans les établissements. Il s'agit également de développer la collaboration avec les médecins traitants et les pharmaciens (par exemple dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique), de développer les liens avec les services partenaires (Hôpitaux de jour gériatriques et mémoire, consultations mémoire, services de psychogériatrie, équipes mobiles, réseaux...) et d'améliorer les diagnostics de démence et/ou de psychose.

Le programme est initialement mis en place dans 5 EHPAD Korian utilisant Medissimo. L'objectif est de pouvoir diffuser le programme AMI et les outils créés sur un périmètre d'établissements plus important.

2. Modalités de mise en oeuvre

Medissimo adresse à chaque médecin coordonnateur un relevé mensuel des prescriptions de neuroleptiques par Ehpad et par résident. Il est précisé pour chacun des résidents sous neuroleptiques la date d'introduction des neuroleptiques, la durée de prescription et si la prescription a été initiée en EHPAD ou préexistait à l'entrée.

Parallèlement, le médecin coordonnateur identifie et comptabilise les résidents pour lesquels un diagnostic de démence a été posé.

Le taux d'alerte par Ehpad est calculé à l'aide d'un tableau automatisé.

Pour encourager et faciliter la réévaluation de la pertinence des prescriptions, il a été mis en place une fiche navette, outil de communication entre l'équipe pluridisciplinaire de l'Ehpad et le médecin traitant.

Cette fiche présente au recto la description par l'équipe pluridisciplinaire de l'évolution des symptômes présentés par le résident, ainsi que les éventuels effets secondaires liés aux neuroleptiques. Il est également renseigné le score du dernier MMS et du NPI-ES. Par l'intermédiaire de cette fiche, il est proposé au médecin traitant une prise en charge non médicamenteuse du résident en fonction des ressources de l'établissement.

A la lumière de ces informations, le médecin traitant suspend, modifie ou poursuit la prescription de neuroleptiques, de manière argumentée, au verso de la fiche navette. Il peut également y demander un avis d'expert (consultation gériatrie, psychogériatrie, réseau, équipe mobile...)

Cette fiche navette est utilisée mensuellement et à chaque modification des troubles du comportement.

Le médecin coordonnateur renseigne alors dans le tableau automatisé les prescriptions maitrisées et argumentées et obtient directement le taux de maîtrise.

Le programme a été présenté aux médecins traitants et aux pharmaciens dans les établissements concernés dans le cadre de la Commission de Coordination Gériatrique. Les médecins traitants et les pharmaciens sont des partenaires essentiels dans la réalisation de ce programme, dans le cadre de la prise en charge globale et de la maitrise des prescriptions pour les médecins traitants et par la mission de suivi individualisé des traitements pour les pharmaciens.

Nous avons associé à ce programme un relevé des prescriptions d'anticholinestérasiques, de mémantine et d'associations thérapeutiques (bithérapie de médicaments antialzheimer, association de neuroleptiques et de médicaments antialzheimer).

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS			Alzheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON
	ALERTE*		J	MAITRISE*	
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	□ NON
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	☑ OUI	☐ NON

Les éléments d'évaluation sont :

- Le suivi du taux d'alerte, du taux de maitrise
- Le suivi des bonnes pratiques de prescriptions de neuroleptiques (prescriptions de courte durée avec réévaluations régulières)

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès	Freins difficultés
Fiche navette	Adhésion de l'ensemble des intervenants
Automatisation des tableaux	
 Envoi direct des données par Médissimo 	



Déploiement du programme AMI Alzheimer sur les EHPAD et USLD du CH de Valenciennes (CHV)

PROMOTEURS

Dr Delphine DAMBRE chef du Pole gériatrie du Centre Hospitalier de VALENCIENNES (⊠dambre-d@ch-valenciennes.fr)
Pr François PUYSIEUX du CHU de LILLE

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Le pôle gériatrie du CHV comprend 3 EHPAD composées au total de 326 lits.

Dans l'une d'entre elle intervient des médecins salariés, et dans une autre est individualisée une Unité de vie ALZHEIMER(UVA).

90 lits USLD dont 20 lits d'Unité d'hébergement renforcée(UHR) complètent le dispositif de lits d'hébergement médicalisés soit 416 lits au total-

65.8% des résidents sont diagnostiqués porteur d'une démence ALZHEIMER OU APPARENTEE.

A T0, 25% de ces résidents sont sous neuroleptiques.

Le projet du pôle gériatrie comporte la lutte contre la iatrogénie et le développement des prises en charge non médicamenteuses. Le Plan formation du pôle contient des formations spécifiques, d'assistant de soins en gérontologie, au concept de l'Humanitude, de la prise en charge du patient Alzheimer, de l'aromathérapie. De nouvelles compétences (AMP, psychomotricien, ergothérapeute) enrichissent les ressources préexistantes.

Appliquer le Programme AMI ALZHEIMER correspond à une opportunité de valoriser ces nouvelles compétences et les formations reçues, au sein d'une véritable démarche qualité.

2. Modalités de mise en oeuvre

Le premier temps fut consacré à l'explication de la démarche aux équipes.

A T0, une fiche d'alerte est établie. Les principaux renseignements retrouvés sont, le type de démence, l'existence d'un traitement spécifique, les pathologies associées, l'existence de chute, la prescription de traitements associés notamment psychotropes ,le principe actif du neuroleptique et la posologie, le motif de prescription et sa traçabilité dans le dossier .Elle sont remplies par les médecins coordonnateurs.

A T1 est organisée une réunion d'équipe pluridisciplinaire(aide soignant, IDE , psychologue, médecin coordonnateur ou salarié, ergothérapeute, psychomotricien) composée de membres du personnel soignant de l' EHPAD ou service concerné, avec regard d'un médecin gériatre issu du secteur sanitaire.

Chaque dossier des patients présentant une maladie d'ALZHEIMER ou apparentée et recevant des neuroleptiques est discuté (origine de la prescription, motif, étiologie du Symptôme, efficacité, possibilité de diminuer ou arrêter le médicament au vue de la symptomatologie actuelle ou de l'insuffisance de l'efficacité, Intérêt de déploiement d' une autre prise en charge médicamenteuse ou Alternative) .

Les recommandations sont retranscrites sur la fiche maitrise et dans le dossier de soins pour validation par le médecin en charge du résident.

A T6 le suivi des propositions effectuées à T1 est analysé et les nouveaux résidents présentant une démence Alzheimer ou apparentée et recevant des neuroleptiques sont repérés par les médecins coordonnateurs.

A T9 une nouvelle réunion d'équipe pluridisciplinaire est organisée, de nouvelles recommandations sont émises, à valider par le médecin référent du résident.

La dernière évaluation de ce programme est prévue en Janvier 2013.

Mise en oeuvre des principe	s du programme AMI Alzhe	imer de la HAS	☑ OUI	□ NON
ALERT	E*	ľ	MAITRISE*	
Mise en œuvre ☑ C	DUI 🗖 NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON
Mesurée ☑ (OUI 🗖 NON	Mesurée	☑ OUI	■ NON
Taux : 25%		Taux : 100% de ¡	prescriptions m	aitrisées

A T1, dans 61.2% des cas des propositions de diminution de posologie ou d'arrêt du traitement neuroleptique sont proposées en réunion de concertation pluridisciplinaire.

A T6 dans 47% des situations en EHPAD et USLD le traitement neuroleptique initial est effectivement diminué ou arrêté, contre 16% au sein de l'UHR et de UVA. 18.9% des résidents ciblés reçoivent des neuroleptiques .Il n'existe pas de différence de suivi des propositions que le Médecin traitant soit salarié ou libéral.

Globalement, un report de prescription sur les hypnotiques ou benzodiazépines n'est pas constaté .Cependant la fréquence du report est plus importante dans les structures avec médecins traitants libéraux.

A T9, 10.9% des résidents ciblés reçoivent des neuroleptiques, versus 25% à T0 100% des prescriptions sont maitrisées.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Valorisation des démarches non médicamenteuses
- Formation du personnel préalable
- Equipe pluridisciplinaire
- Appropriation de la démarche qualité préliminaire
- Réunion pluridisciplinaire
- Coordination forte pour inscrire le projet dans le temps

Freins difficultés

- Nécessité de temps pour que les équipes s'approprient la démarche
- Toute puissance du médicament dans l'inconscient collectif soignant.
- Difficulté à réunir tous les acteurs pour la réunion pluridisciplinaire.



Déploiement du programme AMI-Alzheimer dans les EHPAD du Nord Pas de Calais et suivi rapproché des EHPAD du territoire du GCS filière gériatrique du Valenciennois

PROMOTEURS

Dr. CERF (ARS Nord Pas de Calais -

<u>Emma.CERF@ars.sante.fr</u>) - Pr F. Puisieux (CHRU de Lille) - Dr D. Dambre (CH Valenciennes) - Dr L. Amouyel (DRSM Nord Picardie)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Dans le cadre de la Gestion du Risque en EHPAD dont le pilotage est assuré par un partenariat ARS/Assurance Maladie, 4 réunions territoriales d'information et d'échanges sur les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins ont été organisées les 27 et 28 septembre, 4 et 5 octobre 2012 à destination des 360 EHPAD de la région NPC et auxquelles ont participé 261 EHPAD. Lors de ces réunions, un focus sur les prescriptions des neuroleptiques chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée a été réalisé ainsi que la présentation du programme AMI Alzheimer et du nouvel outil Mobiqual sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

A l'issue des réunions, il est prévu que tous les EHPAD s'inscrivent dans la démarche AMI Alzheimer, qu'ils aient participé ou pas à une des réunions proposées.

Un suivi rapproché des 51 EHPAD du territoire du GCS filière gériatrique du Valenciennois sur la mise en œuvre de ce programme est envisagé par l'ARS et l'Assurance Maladie en partenariat avec le Pr Puisieux et le Dr Dambre dans un contexte de démarche volontaire pour les EHPAD concernés. Ce choix de territoire résulte de la réalisation de ce programme sur les USLD du CH de Denain et Valenciennes et les 3 EHPAD dépendants du CH de Valenciennes avec un impact positif sur les prescriptions de neuroleptiques et de la participation à un audit sur les psychotropes proposé par le GCS de certains EHPAD du territoire désigné.

2. Modalités de mise en oeuvre

Démarche générale

1) Démarche d'alerte (T0)

Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL depuis plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012 (au moins 2 prescriptions) (A0)

Idéalement, une étude « un jour donné » devrait être réalisée par les EHPAD afin d'avoir une homogénéité des modalités de recueil. Ce taux doit être transmis à l'ARS par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 15 novembre 2012.

2) Démarche de prise de contact avec le médecin prescripteur (Ti) :

Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) dont la prescription de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) a fait l'objet d'un contact par le médecin coordonnateur auprès du médecin prescripteur

Nombre de médecins prescripteurs contactés

Taux et Nombre devront être transmis à l'ARS par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 31 décembre 2012.

3) Démarche de maîtrise :

Démarche de maîtrise (T1) :

- Taux de prescriptions de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) maîtrisées ou non (A1)
- Taux de prescription de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) maîtrisées (M1) Ces taux devront être transmis à l'ARS par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 31 mars 2013 Démarche de maîtrise (T2) :
- Taux de prescriptions de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2013) maîtrisées ou non (A2)
- Taux de prescription de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2013) maîtrisées (M2) Ces taux devront être transmis à l'ARS par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 30 septembre 2013.

Un questionnaire d'évaluation sur les modalités de réalisation de la maîtrise à T1 et T2 sera adressé à l'ensemble des EHPAD par l'ARS.

Un retour de l'état des lieux de la région à T1 et T2 sera effectué par l'ARS.

Démarche proposée aux 51 EHPAD du territoire du GCS filière du Valenciennois

Accompagnement particulier des EHPAD du GCS pour :

Déterminer les conditions du succès de la démarche AMI-Alzheimer

- Impact de la démarche non seulement sur la consommation de NL, mais plus largement sur la consommation de psychotropes (effet de report ou de contamination positive ?)
- Impact des modifications de consommation des psychotropes sur le risque de chute ?
- Impact des modifications de consommation des psychotropes sur la contention ?

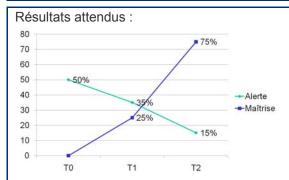
La démarche proposée pour la mesure de la maîtrise est celle définie par la HAS, avec prise en compte de l'expérience des EHPAD du CH de Valenciennes (Dr D DAMBRE):

- Réunion des médecins traitants et courrier
- Constitution d'un groupe expert comprenant : médecin coordonnateur, médecin(s) traitant(s) si possible, IDE coordinatrice, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute et aide-soignant de l'EHPAD + gériatre référent de la filière gériatrique de proximité (+ pharmacien officine, + animateur ?)
- Analyse individuelle par le groupe expert de chaque prescription de NL (guide d'analyse à écrire par D DAMBRE)
- Fiche de propositions individuelles reprenant les conclusions du groupe expert transmis au médecin traitant (posé sur le dossier du patient)
- Fiche de suivi des propositions

Actions d'accompagnement déployées par l'Assurance Maladie auprès des EHPAD sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : présentation d'un profil de consommation des neuroleptiques et des BZD des résidents affiliés au régime général avec comparaison à la moyenne régionale.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS					■ NON
A	LERTE*		ı	MAITRISE*	
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON
Mesurée	☑ OUI	□ NON	Mesurée	☑ OUI	□ NON

BILAN ET EVALUATION



Rendu des résultats :

Vers chaque EHPAD: son résultat et sa position par rapport aux autres établissements.

Publications des résultats globaux et des EHPAD participants.



Efficacité de la thérapie écosystémique sur les troubles du comportement

PROMOTEURS

Collège Français d'Orthophonie (CFO) – Thierry ROUSSEAU (Mathousseau2@wanadoo.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une équipe de recherche de l'UNADREO (LURCO-ERU 17), un mémoire d'étudiantes en orthophonie intégrées au LURCO et encadrées par son directeur a été réalisé.

Le but est de montrer que la thérapie écosystémique des troubles de la communication des patients-Alzheimer permet de diminuer les troubles du comportement.

2. Modalités de mise en oeuvre

Après une évaluation avec la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication), la thérapie écosystémique consiste en un travail avec le malade et un guidage de l'entourage (familial/professionnel) afin qu'il adapte son comportement de communication aux troubles du malade et que le lien ne soit pas trop tôt rompu.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS ☐ OUI ☑ NON

BILAN ET EVALUATION

12 résidents, à raison de deux séances hebdomadaires, ont été suivis sur 5 mois.

Les résultats montrent :

- Diminution significative des troubles du comportement,
- Diminution de l'anxiété,
- Un mieux-être global.

Les soignants objectivent des modifications, seuls 2 soignants n'ont pas trouvé de différence de comportement.

Le travail sera poursuivi en 2012-13 avec la participation d'autres étudiantes en orthophonie.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès	Freins difficultés
	 Difficultés à faire un lien avec la prescription des neuroleptiques



Les neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, un aspect de l'étude / action menée par l'ARS Auvergne pour lutter contre le risque iatrogène médicamenteux dans les 226 EHPAD de sa région.

PROMOTEURS

ARS Auvergne avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand (services de Gériatrie et de la Pharmacie centrale (
martial.dangin@ars.sante.fr)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Depuis Juin 2011, l'ARS Auvergne avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand réalise une « étude/action » dénommée étude RIDE (Risque latrogène et Dénutrition dans les EHPAD). L'objectif de l'ARS Auvergne est de sensibiliser, d'aider individuellement chacun des 226 EHPAD de sa région à améliorer leur prise en charge médicale concernant 2 enjeux de santé publique que sont la iatrogénie médicamenteuse et la dénutrition. De plus, cette étude permettra de fournir des informations sur un très grand nombre d'EHPAD et de résidents.

Dans ce cadre, comme d'une part les informations concernant les pathologies actives telles que la maladie d'Alzheimer sont recueillies et que d'autre part les ordonnances sont collectées, une analyse spécifique de la consommation médicamenteuse des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées pourra être réalisée.

2. Modalités de mise en oeuvre

Comme précisé ci-dessus, le thème des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer constituera une des parties de « l'étude/action » RIDE qui peut se résumer comme suit :

- 1) Une équipe du CHU se rend dans chaque EHPAD afin de recueillir les données. Les informations collectées concernent : l'EHPAD (pharmacie à usage intérieur, livret thérapeutique...), les résidents, leur état de santé (pathologies) établi à partir du dossier médical. Pour évaluer le risque iatrogène médicamenteux, il est notamment relevé la fréquence et la nature du suivi biologique (créatininémie, kaliémie, INR...). Les prescriptions en cours sont saisies et analysées par la pharmacie du CHU (logiciel Pharmatest®). Les paramètres exploités pour l'instant sont : le nombre de lignes d'ordonnances, la présence de médicaments potentiellement inappropriés (Laroche et al.) et les interactions médicamenteuses.
- 2) Ces différentes analyses donnent lieu à la rédaction et à la transmission d'un rapport (40 pages) spécifique à l'EHPAD étudié. Une réunion inter-EHPAD est ensuite organisée (invités : équipes de direction, médecins coordonateurs, cadres de santé, pharmaciens et médecins traitants) afin de présenter la synthèse des résultats obtenus jusqu'alors. Cette réunion permet aux EHPAD de se positionner par rapport à l'ensemble et d'engager des discussions avec le comité d'expert. Tous les résultats sont mis en regard des recommandations existantes dans ces domaines. Ces différentes modalités de restitution ont pour but de sensibiliser, d'aider et d'accompagner les établissements
- 3) L'ARS Auvergne demande ensuite à chaque EHPAD étudié d'élaborer son plan d'action
- 4) Afin d'évaluer l'effet des plans, une étude de « mesure d'impact » est prévue en 2013

Par ailleurs, 4 réunions d'échanges et d'informations avec les EHPAD de la région Auvergne ont été organisées et animées par l'ARS. Elles avaient notamment pour thème le programme national de Gestion du Risque 2012 et une part importante a été consacrée à la thématique des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. L'enquête GDR sur ce sujet : caractérisation du nombre d'EHPAD mettant en œuvre la démarche d'alerte et les 2 démarches de maîtrises est programmée pour le mois de décembre 2012 (mode déclaratif).

Mise en oeuvre des pri	ncipes du p	orogramme AMI A	Alzheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON	
	ALERTE*		ſ	MAITRISE*		
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	☑ OUI	■ NON	
Taux : prévue en décembre			Taux : prévue en	Taux : prévue en décembre		
*Réponse oui, si prévue						

Dans l'étude RIDE, pour évaluer les neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, il "suffira" d'extraire de la base de données les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, les codes ATC correspondant aux différents neuroleptiques et de faire des inter-relations. Cette approche permettra aussi d'évaluer les fréquences de coprescriptions de neuroleptiques.

Par rapport, à un mode déclaratif, l'approche utilisée dans l'étude RIDE (une équipe se rend dans chaque EHPAD) a comme principaux avantages d'être standardisée, objective et de permettre une action auprès de chaque EHPAD. Toutefois, cela présuppose que cette pathologie soit bien notifiée dans le dossier médical. Pour vérifier ce paramètre, le nombre de malades d'Alzheimer déclarés pour chaque EHPAD lors de l'enquête GDR sera comparé aux données issues des dossiers médicaux.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

Pilotage du projet :

- Une direction, une équipe et un comité d'experts motivés, disponibles et proactifs.
- Une collaboration efficace et fructueuse avec les pharmaciens qui analysent les ordonnances et le comité d'experts

Pour les EHPAD:

- Des résultats détaillés et individualisés avec un argumentaire scientifique robuste
- Une approche incitative / participative à privilégier : permet de sensibiliser les professionnels de santé et leur laisse la latitude de s'approprier le sujet
- Motiver les médecins coordonateurs qui relayent les messages auprès des médecins prescripteurs
- Relance des EHPAD par l'ARS

Freins difficultés

- Sous dépistage et notification de la maladie d'Alzheimer
- Dispersion des EHPAD sur un territoire géographique étendu
- Disparité de la capacité des EHPAZD (min : 18 ; max : 380)
- Manque de disponibilité des médecins prescripteurs (sauf s'il s'agit du médecin coordonateur) et leur absence aux réunions
- Dans certains EHPAD, absence de médecins coordonateurs pour faire le lien avec les médecins traitants
- Volonté de certains EHPAD de ménager les médecins libéraux intervenant dans leur structure compte tenu d'une densité médicale faible
- Une minorité d'EHPAD réfractaire



Évaluation de la pertinence de la prescription des neuroleptiques chez le malade Alzheimer et démences apparentées : mise en œuvre de la méthode AMI (Alerte et Maitrise de la latrogénie)

PROMOTEURS

Secteur Gériatrie Saint-Charles du Centre Hospitalier de Lunéville

Coordination du projet : Pharmacien référent secteur gériatrie (⊠ edivoux@ch-luneville.fr), Médecin gériatre responsable de la structure

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

L'étude a été menée sur le secteur Gériatrie Saint-Charles du Centre Hospitalier de Lunéville; composé d'un EHPAD de 148 lits et d'une unité Long Séjour de 30 lits. Trois médecins gériatres interviennent sur la structure.

L'établissement dispose d'une prescription informatisée associée à une dispensation à délivrance nominative des doses unitaires des médicaments réparties en piluliers journaliers. L'administration des médicaments par l'infirmière est tracée informatiquement.

L'enquête est réalisée un jour donné en avril 2012.

La population étudiée comporte 46% (n= 82/178) de patients déments.

La démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer représentent les deux premières causes de démence avec une répartition respective de 33% (n= 27/82) et 23% (n= 19/82)

Objectifs

- Evaluer la pertinence de la prescription des neuroleptiques (NL) chez la personne âgée démente
- Diminuer la prescription inappropriée des NL dans cette population
- Améliorer la prise en charge globale des troubles du comportement par une approche médicamenteuse et non médicamenteuse

2. Modalités de mise en oeuvre

Coordination du projet : Pharmacien référent secteur gériatrie, médecin gériatre responsable de la structure. Groupe de travail : Trois médecins gériatres prescripteurs, le pharmacien référent du secteur gériatrie, trois cadres de santé, une infirmière, un interne en pharmacie, deux préparateurs en pharmacie Intégration au programme d'Évaluation des Pratiques Professionnelles de l'établissement.

Modalités d'Alerte

Le pharmacien dans sa pratique quotidienne analyse les prescriptions et plus particulièrement lors de l'admission des patients.

Pour les besoins de l'étude, le pharmacien :

- Recueille les prescriptions de tous les patients un jour donné.
- Identifie ceux traités par NL et contacte le prescripteur pour identifier les patients déments et le type de démence
- Recherche pour ces patients une prescription continue et/ ou répétée de NL définie par une durée de 45 jours minimum, sur les 6 derniers mois dans le logiciel de prescription informatisée Image Pharma® SQLI.

Modalités de Maîtrise

Le pharmacien contacte le prescripteur qui confirme ou non la prescription continue et/ou répétée de NL.

Outils à mettre en œuvre

Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) bisannuelles. Première réunion prévue en décembre 2012. Composée de gériatres et pharmaciens, elle sera adaptée en fonction des dossiers présentés. Des intervenants extérieurs seront sollicités en tant que de besoin.

Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : janvier 2013.

Construction d'un espace Snoezelen et d'une unité d'hébergement renforcée

Outils mis en place ou en cours de finalisation

Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs associés (REMED)

Liste des pathologies intercurrentes induisant des troubles du comportement

Liste des médicaments induisant des troubles du comportement, alternatives possibles

Plaquette d'information pour affichage en salle de soins : "Psychotropes et personne âgée démente: les 10 règles d'or de la bonne prescription"

Développement professionnel continu du personnel soignant réalisée ou à venir sur les thèmes suivants

Les neuroleptiques

- Connaissance du patient dément, bientraitance
- Méthodologie des soins Gineste Marescotti : Humanitude
- Charte Mobigual démence

Développement de la prise en charge non médicamenteuse

- Chromathérapie
- Toucher relationnel avec mélanges d'huiles essentielles
- Espace thérapeutique depuis 1995 validé Pôle d'Activités et de Soins Adaptés en 2012.

Mise en oeuvre des p	rincipes du pr	ogramme AMI Alzheime	er de la HAS	☑ OUI	□ NON
ALERTE*		Maitrise*			
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	☑ OUI	☐ NON
Taux :	30%		Taux :		
*Réponse oui, si prévue					

BILAN ET EVALUATION

Rilan

Patients déments traités par NL: 30% (n=24/82).

Patients et modalités de prescription des NL: monothérapie: 87,5% (n=21/24), bithérapie: 12,5% (n=3/24)

Patients avec prescription> 45 jours et devant bénéficier d'une évaluation de la balance bénéfices/ risques (BBR): 92% (n=22/24).

Patients ayant bénéficié d'au moins une évaluation de la BBR au cours des 6 mois précédant l'enquête

- 1 évaluation: n=6; 2 évaluations: n=3; 3 évaluations et plus: n=3; soit 12 patients
- aucune évaluation de la BBR ou évaluation de la BBR sans modification : n=10

Patients ayant une évaluation de la BBR avec adaptation posologique

augmentation: n=5; diminution: n=4; augmentation puis diminution:n=3

Évaluation

Prescription conforme aux recommandations de pratique clinique

- Absence de prescription de NL n=58
- Prescription de NL confirmée < 45 jours n=2
- Prescription de NL confirmée >45 jours avec évaluation de la BBR n=12
- soit un taux de conformité de 88% (n=72/82)

Dix patients bénéficient d'un traitement avec NL>45 jours sans évaluation de la BBR (absence effective ou absence de notification de la révision) correspondant à une prise en charge thérapeutique non conforme. Ils révèlent probablement un dysfonctionnement informationnel plus gu'une malpratique.

Une des mesures correctives est d'inciter les gériatres à signaler la réévaluation du traitement sans modification. Le passage systématique de tout patient dément traité par NL en réunion de concertation pluridisciplinaire devrait garantir la traçabilité de l'évaluation de la BBR.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Excellente collaboration entre médecins, pharmaciens et soignants
- Développement professionnel continu des soignants
- Motivation des professionnels

Freins difficultés

- Allocations budgétaires non respectées
- Affectation de moyens humains insuffisante pour développer la prise en charge non médicamenteuse
- Faible marge de progression en raison de l'adoption de longue date des bonnes pratiques de prescription

Propositions

Étendre l'étude aux patients hospitalisés en Médecine et Chirurgie avec retour à domicile et aux patients ambulatoires.

Renforcer la collaboration Ville-Hôpital par l'accessibilité des réunions de concertation pluridisciplinaire aux médecins de ville prenant en charge des patients déments à domicile.



Pertinence et suivi des prescriptions des neuroleptiques chez des patients souffrants de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (MAMA)

PROMOTEURS

Dr Martine MERCERON : Chef de pôle gériatrique (⋈ martine.merceron@ghi-vexin.fr), Dr Valérie RUPARI : Responsable d'unité USLD, Dr Laurence BERNOVILLE : Pharmacien

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Dans le cadre de la mise en œuvre des EPP en 2011, les praticiens ont souhaité mettre en place un indicateur de pratique clinique au sein du service USLD (60 patients) appartenant au Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin, afin de suivre la prescription de neuroleptiques chez les MAMA.

Cet indicateur permettra d'objectiver le niveau de qualité des pratiques cliniques professionnelles.

La finalité est de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Justification du choix du thème :

- Fréquence des MAMA
- Fréquence des troubles du comportement
- Fréquence de l'utilisation des neuroleptiques
- Insuffisance de la pertinence du seul critère : suivi des consommations des neuroleptiques

Enjeux secondaires:

- Connaître les pratiques professionnelles au regard des recommandations des bonnes pratiques
- Réduire le risque de la iatrogénie.

Objectifs de l'amélioration :

- Identifier un indicateur de Pratique clinique : choix du programme AMI (Alerte/ maîtrise) développé par l'HAS (2009)
- Définir des plans d'actions aux regards des recommandations de bonnes pratiques
- Identifier d'autres approches non médicamenteuses

2. Modalités de mise en œuvre

Audit clinique rétrospectif sur les 60 dossiers patients pris en charge sur l'USLD au sein du groupement hospitalier intercommunal du VEXIN (GHIV)

22 décembre 2010 : auditeurs : 1 médecin et une personne responsable qualité

Critères recherchés:

- Nombre de patients diagnostiqués MAMA
- Nombre de patients diagnostiqués MAMA avec neuroleptiques et sans neuroleptique
- Nombre de patients avec MAMA diagnostiqués avec neuroleptiques avec balance bénéfice / risque tracée dans le dossier
- Saisie des données dans logiciel HODIS ARCADIS DISPEN, exportées sur tableau excel.
- Exploration des résultats

Plan de communication : résultats présentés à la commission EPP CME - CSIRMT

Mise en oeuvre des pr	incipes du _l	orogramme AMI	Alzheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON
Décembre 2010	ALE	RTE*		MA	ITRISE*
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	☑ OUI	■ NON
Taux :	17%		Taux: 0%		
*Réponse oui, si prévue					

Prise de contact avec la HAS : résolution du problème de terminologie « même prescripteur » : entendre même équipe de prescripteurs.

2ieme audit (*juin 2011*)

Taux d'alerte : 16.20%

Taux de maîtrise : 50%

Taux de maîtrise : 66%

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- La sensibilisation des praticiens
- Nombre limité de médecin prescripteur
- L'investissement du pharmacien dans le projet
- Le développement de la prescription nominative informatisée
- L'importance de la validation de la prescription par le pharmacien et l'envoi d'alertes a une influence sur la qualité de la prescription
- La formation du personnel soignant dans le cadre de la politique qualité à l'évaluation et qualification des troubles du comportement (NPI-es) (2ieme EPP conduit simultanément)
- Formation des ASG
- L'ouverture d'unités spécialisées conjointement ou en cours de labellisation : PASA UHR
- L'ouverture d'un espace SNOEZELEN

Freins difficultés

- Changement de version l'informatique (perte des alertes automatisées)
- L'arrêt des Neuroleptiques fait basculer la prescription vers les benzodiazépines (+30% de BZD sur un an)
- Arrêt la même année de différentes molécules : (MEPROBAMATE ...)
- Limitation de prescription en raison de l'apparition de nouvelles interactions.
- Recommandations HAS sur la stratégie de prise en charge thérapeutique des MAMA
- Turn over du personnel soignant
- Problème de temps pour quantifier et tracer les évaluations
- Limitation administrative : le changement de secteur de prise en charge d'un patient ne peut se faire en cours d'année

Propositions

- Etendre le programme AMI sur l' EHPAD
- Proposer l'utilisation de la grille MAI (Medication Appropriateness Index) pour évaluer les prescriptions des benzodiazépines (pertinence, concordance, justesse) afin d'éviter les prescriptions inadaptées.
- Décliner les possibilités de diminution ou de dé-prescription des BZD (selon les recommandations HAS)



Réunions conjointes – ARS/Programme MobiQual – d'information et de sensibilisation sur les bonnes pratiques de soins.

Thème 2012 : prescription des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

PROMOTEURS

Agences Régionales de Santé (ARS) / Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) / Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF) (

genevieve.ruault@sfgg.org)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Les priorités 2012 de Gestion du Risque en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (GDR EHPAD) définies par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) portent au minimum sur l'importance du bon usage des neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'objectif principal est de valoriser et diffuser des recommandations existantes sur cette thématique et, plus généralement, sur les bonnes pratiques de soins et de susciter des échanges sur des initiatives locales mises en œuvre, au travers de réunions locales co-organisées avec l'Assurance Maladie et la SFGG-Programme MobiQual, en raison de la thématique et de publics communs.

Au travers du programme MobiQual, visant à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, la SFGG a en particulier développé, en lien avec l'ensemble des fédérations, sociétés, unions, associations et centres nationaux, un outil sur la thématique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Son utilisation vise plusieurs objectifs : 1/changer le regard porté sur les personnes atteintes de cette maladie – à l'aide de supports vidéos 2/actualiser les connaissances (formation : 23 diaporamas organisées en trois axes : autour du patient / projet d'établissement / continuité des soins ; les outils d'évaluation neuropsychologique, du statut nutritionnel, de la douleur ; des fiches pratiques, des fiches « ils le font ») 3/aider à la pratique 4/créer des liens de coopération 5/prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés.

2. Modalités de mise en œuvre

Des réunions d'information et de sensibilisation – au niveau départemental, voire par territoire de santé – sont organisées par les ARS dans les régions françaises, dont près d'une cinquantaine co-organisées avec la SFGG-Programme MobiQual :

- Alsace : 4 journées (une par territoire de santé)
- Aguitaine : 3 journées (inter-départementales)
- Basse-Normandie : 3 journées (départementales)
- Bretagne : 4 journées (départementales)
- Centre : 3 journées (inter-départementales)
- Corse : 1 journée (régionale)
- Ile-de-France : 4 journées (départementales)
- Haute-Normandie : 4 journées (une par territoire de santé)
- Limousin : 1 journée (régionale)
- Languedoc-Roussillon : 5 journées (départementales)
- Midi-Pyrénées : 8 journées (départementales)
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : 6 journées (départementales)
- Réunion : 2 iournées (infra-régionales)

Mise en oeuvre des pri	ncipes du	programme AMI	Alzheimer de la HAS	☑ OUI	□ NON		
ALERTE*			MAITRISE*				
Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON	Mise en œuvre	☑ OUI	■ NON		
Mesurée	☑ OUI	■ NON	Mesurée	☑ OUI	■ NON		
Taux : taux d'EHPAD ayant mis en place			Taux : taux d'EHPAD ayant mis en place				
une démarche d'alerte			la première étape de la démarche de maîtrise				
*Réponse oui, si prévue							

Pour le programme MobiQual :

Nombre de participants aux réunions / nombre de chartes d'engagement signées / nombre d'outils diffusés / questionnaires d'évaluation (utilisation des outils – évaluation à un an)

Pour les ARS

Mise en œuvre par les EHPAD d'une action concrète de gestion du risque : démarche d'alerte (recensement des prescription de neuroleptiques chez les malades) ; première étape dans la démarche de maîtrise (contact par le médecin coordonnateur du médecin prescripteur, en lien étroit avec le personnel soignant de l'EHPAD)

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

 Synergie des actions GDR EHPAD (ARS/Assurance maladie) / HAS / SFGG-Programme MobiQual, et en particulier la diffusion de l'outil sur la thématique Alzheimer

Freins difficultés

- Mobilisation des médecins traitants
- Relations médecins coordonnateurs / médecins traitants pour faire évoluer les prescriptions

Propositions

- Développer les échanges sur ce thème lors des Commissions de Coordination Gériatrique (CCG)
- Intégrer l'outil MobiQual Alzheimer dans les pratiques de formation



ALzheimer COperative Valuation in Europe : BOITE A OUTILS pour la réduction de la prescription inappropriée des neuroleptiques chez les malades Alzheimer

PROMOTEURS

Commission Européenne (Action Conjointe) et 19 Etats Membres – Coordination France, Haute Autorité de Santé Partenaires : Haute Autorité de Santé (France); King Boudewijn Foundation (Belgium) ; National Institute for Health and Welfare (Finland); INSERM (France); APHP Espace Ethique (France); Athens Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders (Greece); National Institute of Health, National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (Italy); Ministry of Health, Directorate General for Prevention (Italy); University of Brescia, Neurology Clinic (Italy); Riga Center of Psychiatry and Addiction Disorders (Lettonia); Kaunas University of Medicine (Lituania); Institute of Neuroimmunology Academy of Science (Slovakia); Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (Spain); Institute of Health Carlos III (Spain); Karolinska Institutet (Sweden); Department of Health (UK); Mental Health Services, Ministry of Health (Chypria) Ceska alzheimerovska spolecnost (Tcheque Rep.); University of Szeged - Szegedi Tudományegyetem (Hungaria), ; Ministry of Health (Lituania); Vilnius University Faculty of Medicine(Lituania); Ministère de la Santé (Luxembourg); Ministère de la Famille et de l'Intégration (Luxembourg) ; Dipartiment ta' I-Anzjani u I-Kura fil-Kommunita', Divizjoni Servizzi tal-Kura tas-Saħħa, Ministeru tas-Saħħa, I-Anzjani u I-Kura fil-Kommunita' (Malta); Ministry of Health, Welfare and Sports (Netherlands) ; Ministry of Health and Care services (Norvege) ; Coordenação Nacional de Saúde Mental, Alto Comissariado para a Saúde, Ministério da Saúde (National Coordinating Body for Mental Health) (Portugal) ;Ministerstvo školstva Slovenskej Republiky, Bratislava (Slovakia); Spanish Ministry of Health (Spain); Dementia Services Development Centre University of Stirling (UK) – Coopération avec Alzheimer Europe

(⊠ (www.alcove-project.eu)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

BENCHMARKING EUROPEEN POUR REDUIRE LA PRESCRIPTION INAPPROPRIEE DES NEUROLEPTIQUES

ALCOVE est un réseau européen coordonné par la France (HAS) chargé de produire des propositions opérationnelles en termes de santé publique sur les démences. Quatre domaines principaux - épidémiologie, diagnostic, organisations et pratiques, éthique - sont explorés par 4 groupes de travail européens pilotés respectivement par l'Italie (National Institute of Health, Istitute Superiore de Sanita), l'Angleterre (Department of Health, Université de Worcester), la Finlande (National Institute for Health and Welfare) et la Belgique (King Boudewijn Foundation), tandis que la communication et l'évaluation sont sous l'égide l'une de l'Espagne (Institute of Health Carlos III) et l'autre de la Slovaquie (Institute of Neuroimmunology Academy of Science).

La réduction de l'usage inapproprié des neuroleptiques dans les démences – problématique soulignée dans le rapport 2012 de l'OMS sur les démences et priorité 2013 de l'Agence européenne du médicament pour la recherche sur la iatrogénie a été choisi comme thème commun de travail pour le projet européen ALCOVE.

2. Modalités de mise en œuvre

Au-delà de l'analyse des politiques de santé et de sécurité mises en oeuvre en Europe sur ce thème précis, ce thème est traité par chacun groupe de travail dans son propre champ afin proposer des solutions partagées à ce problème commun à l'ensemble des pays européens. La méthode de chaque groupe de travail combine (1) des enquêtes européennes, (2) l'analyse de la littérature et (3) les échanges avec les réseaux, projets et experts européens sur les démences :

- EPIDEMIOLOGIE: Quelle est l'exposition des malades Alzheimer en Europe aux antipsychotiques? Comment peut-on la mesurer ? Quels types de suivi ont été mis en place ?
- DIAGNOSTIC : De quelle façon un diagnostic à un stade précoce de la maladie et accompagné d'interventions et de suivi du malade et des aidants pourrait il réduire la prescription inappropriée des neuroleptiques, notamment par une meilleure prévention et gestion des troubles du comportement ? Quel accompagnement du diagnostic pourrait être proposé ?
- ORGANISATIONS ET PRATIQUES : Quelles sont les recommandations et organisations des soins européennes proposées pour la prévention et prise en charge des troubles du comportement, quelle place pour les interventions non médicamenteuses, quelles préconisations pour l'usage des neuroleptiques ? Quels programmes de formation pour les professionnels de santé et les aidants ?
- ETHIQUE : Quels dont les enjeux légaux et éthiques de la prescription des neuroleptiques dans la démence ? Comment prendre en compte ces prescriptions dans l'évaluation des compétences des personnes malades?

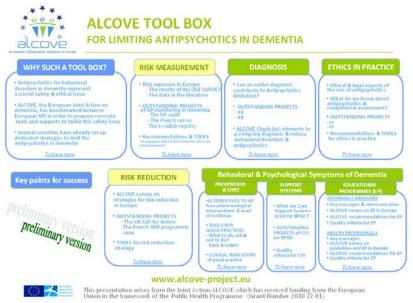
19AMI2912 70

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS				☑ OUI	□ NON
ALERTE*				MAITRISE*	
Mise en œuvre	OUI	■ NON	Mise en œuvre	OUI	□ NON
Mesurée	OUI	■ NON	Mesurée	OUI	□ NON
Taux :			Taux:		
*Réponse oui, si prévue					

Une boîte à outil ALCOVE, pour la réduction de la prescription inappropriée des neuroleptiques dans les démences, mettra à disposition les principaux résultats des enquêtes européennes, des bonnes pratiques, des exemples de projets et retours d'expérience, des outils d'amélioration, d'implémentation et de mesure.

Cette boîte à outils sera publiée en anglais sur le site ALCOVE en mars 2013, puis traduite pour chacun des pays participants.

LE CONSTAT Que savons- nous ? (littérature) Quelle situation en Europe ? (enquêtes) LES QUESTIONS / POlitiques de santé publique mises en œuvre en Europe Exposition aux neuroleptiques en Europe ? Poliagnostic précoce et accompagné et réduction de l'exposition ? Recommandations, organisations & formations pour réduire l'exposition ? Questions éthiques LES QUESTIONS / POUR CHAQUE QUESTION : Résumés de la situation européenne Points clés des bonnes pratiques Priorités proposes pour l'amélioration Question d'amélioration et d'évaluation Retour d'expériences et contacts Liens utiles (rapports complets, autres projets...)



Intervention Equipe Mobile Gériatrique Externe de Bretonneau en direction des EHPAD des arrondissements 8,9,10,17,18,19,20 éme arrondissements de Paris

PROMOTEURS

Docteur Christine Chansiaux-Bucalo et Docteur Laurence Petit Hôpital Bretonneau Paris (⊠ <u>christine.chansiaux@brt.aphp.fr</u>)

DESCRIPTION DU PROJET

1. Contexte et objectifs

Une des particularités de l'EMGE de l'Hôpital Bretonneau est de proposer des actions d'évaluation clinique, de régulation et de formation dans le domaine de la psychiatrie du sujet âgé à destination du secteur médico-social. En réponse à un besoin clairement exprimé par les EHPAD (médecins coordonnateurs et médecins traitants) l'activité privilégiée du psychogériatre est avant tout clinique.

2. Modalités de mise en œuvre

Les atouts du dispositif sont le temps, une évaluation effectuée in situ et in vivo (prise en compte de l'environnement, action sur celui-ci, avec pour conséquence des hospitalisations évitées). Son intérêt est double : dans un premier temps, permettre l'évaluation diagnostique de résidents « pas faciles » dont les antécédents sont souvent nébuleux sur le plan psychiatrique (majoritairement des psychoses chroniques, des personnalités pathologiques, des troubles bipolaires) et inconsistants sur le plan cognitif, puis optimiser le maniement complexe des traitements psychotropes voir l'arrêter dans les situations ne relevant pas de leur prescription.

Mise en oeuvre des principes du programme AMI Alzheimer de la HAS ☑ OUI ☐ NON

BILAN ET EVALUATION

Ainsi, entre septembre 2008 et septembre 2011, 417 évaluations psychiatriques ont été réalisées avec pour motifs principaux les troubles du comportement perturbateurs (56 % des motifs d'évaluation, dont 61% par erreur) et la dépression (mais diagnostic par excès 29%) et 458 actions de régulations (avis à distance et organisation de l'accès aux soins).

Dans la moitié des situations le traitement neuroleptique a pu être rediscuté et en général diminué voire arrêté car les troubles du comportement constatés ne relevaient pas de leur prescription.

LEÇONS DU PROJET A PARTAGER

Facteurs clés de succès

- Pertinence des évaluations
- Faisabilité des propositions
- Possibilité de former au quotidien et in situ les soignants et les familles

Freins difficultés

- Difficulté de recrutement d'un psycho-gériatre
- Temps passé important

Propositions

 Améliorer le lien entre le secteur hospitalier gériatrique et psychiatrique et permettre un lien plus étroit avec le secteur médico-social