

# EHPAD 2016

## Journée de sensibilisation "sécurisation circuit du médicament"

# EHPAD 2016

## CONTEXTE

- EHPAD et MG *patientèle de sujets âgés*
- ARS / plan national / en particulier Alzheimer
- HAS / *prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé*
- Prévention : accidents / hospitalisations / coût

La iatrogénie chez les personnes âgées :  
C'est 10 à 20% des admissions en urgence,  
115 000 hospitalisations,  
7 500 décès (3 000 par anticoagulants),  
plus de 500 M€

# Prévention de la iatrogénie médicamenteuse

- 10 à 20% des admissions de personnes âgées en urgence contre 6,5% en population générale sont tout ou partie liées à un effet secondaire médicamenteux.
- 50% des accidents iatrogéniques des sujets âgés seraient évitables en EHPAD (*Bonnet Zamponi – S Legrain – prescription médicamenteuse et iatrogénie chez le sujet âgé EMC traité de médecine AKOS 2013*).
- La population des personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisée pour iatrogénie représente 115 135 patients soit 3,4% des hospitalisations.
- 7 457 décès par an à l'hôpital dont la moitié environ sont dus à la classe des anticoagulants (*étude CNAMTS de juin 2013, PMSI MCO 2011*).

# Prévention de la iatrogénie médicamenteuse

Eviter :

les insuffisances de traitement « **underuse** »,

les traitements ou les risques qui dépassent les bénéfices « **misuse** »,

les excès ou abus de traitement « **overuse** »

pour l'indication et pour la posologie.

## Analyse bénéfique / risque et révision des traitements :

### • Evaluer et réévaluer périodiquement

- Dès l'admission du résident en EHPAD
- Au moins 1 fois par an
- Lors de tout évènement intercurrent

## Repérer la iatrogénie = réflexe

### ❖ concerne tout le personnel

Y penser en cas de nouveau symptôme

*Ex : anorexie, malaise, chute, confusion*

ou de majoration d'un symptôme existant

### ❖ signalement

## Le Réflexe Iatrogénique

Devant tout nouveau symptôme, avoir le réflexe iatrogénique, c'est se poser la question :  
« Un Accident iatrogénique est-il possible ? »

Chronologie de survenue compatible ? Signe clinique évocateur? (chute, anorexie, confusion) Événement intercurrent favorisant? (fièvre, déshydratation)

**non**

Diagnostic Précis  
Établi ?

- Indication à traiter ?
- Alternative non médicamenteuse?

**oui**

Accident iatrogénique Isolé  
ou  
Favorisé par une Pathologie Aiguë? <sup>(1)</sup>

- Arrêt, avec substitution ou non ?
- Ajustement ?
- Déclaration à la Pharmacovigilance <sup>(2)</sup> ?

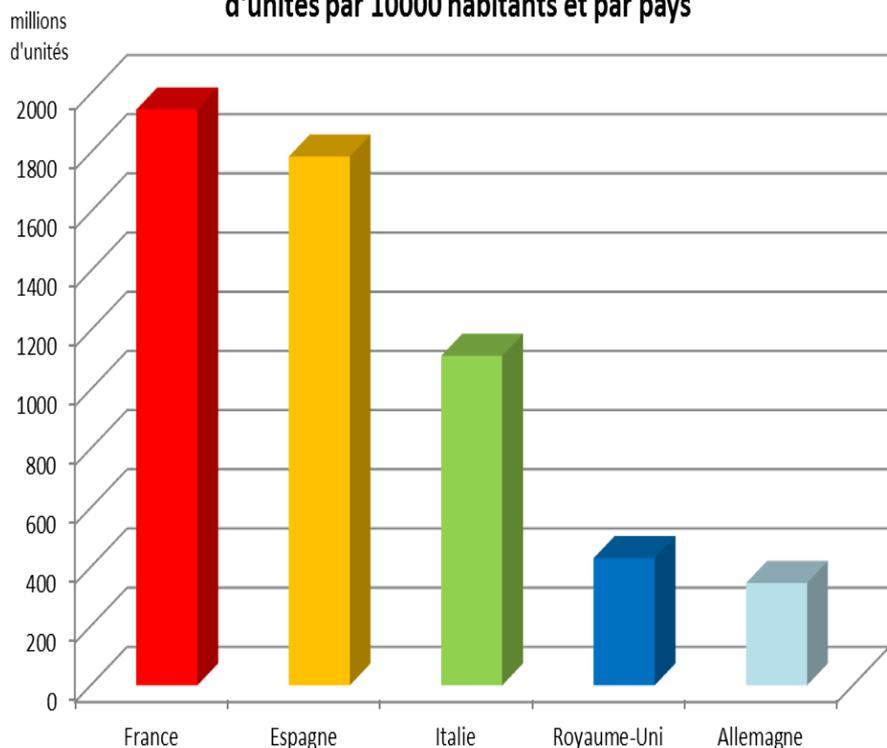
Définir le Suivi et Rédiger l' Ordonnance

<sup>(1)</sup> Ex : diurétiques au long cours bien supportés, mais, si fièvre et déshydratation, survenue d'une insuffisance rénale aiguë

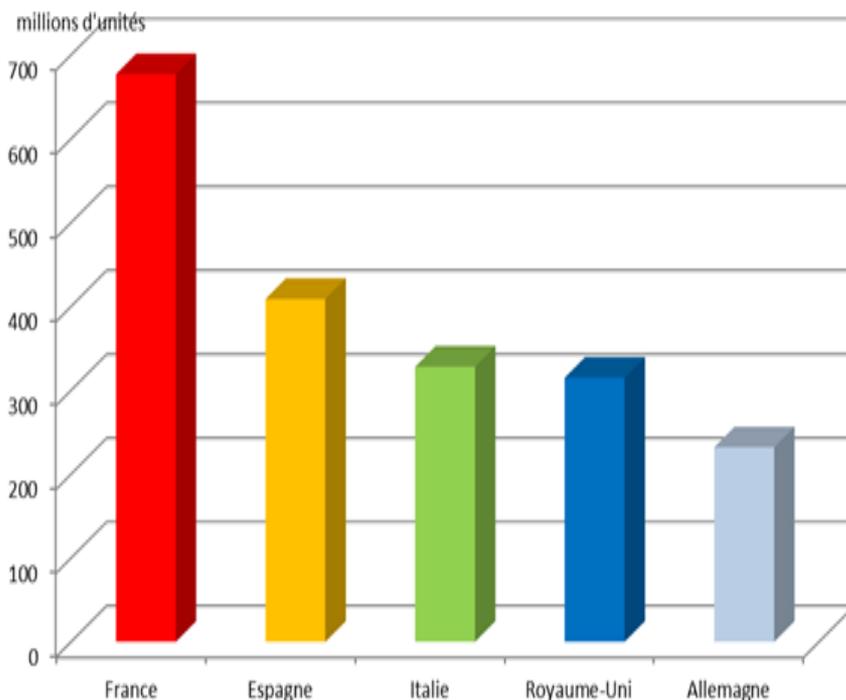
<sup>(2)</sup> si accidents graves ou inattendus

# Consommation de benzodiazépines en 2015

Répartition de la consommation des anxiolytiques en millions d'unités par 10000 habitants et par pays



Répartition de la consommation des hypnotiques en millions d'unités par 10000 habitants et par pays



# Accompagnement des EHPAD – Année 2016

Identification de l'EHPAD

Raison sociale : EHPAD LES JONQUILLES  
N° FINESS : X600X36XX

L'assurance maladie vous propose un profil individualisé vous permettant d'avoir des éléments de dialogue pour travailler avec vos partenaires et vos équipes.

Les informations du profil concernent les caractéristiques et l'activité de votre établissement ainsi que les consommations de médicaments sur certaines classes thérapeutiques et les actes médicaux et paramédicaux de vos résidents de plus de 65 ans (affiliés au régime général) pour les comparer aux moyennes observées dans les EHPAD de votre région et au niveau national.

Ce profil présente également un focus sur vos résidents atteints par la maladie d'Alzheimer ou autre maladie apparentée.

Ce profil a été enrichi grâce aux informations que vous renseignez dans l'outil RESID-EHPAD croisées avec les données du SNIIRAM et du PMSI.

Nous vous remercions pour la qualité des données saisies, sans lesquelles nous ne pourrions pas mettre ce profil à votre disposition.

Pour en savoir plus, merci de contacter :

Téléphone :

Courriel :

prénom.nom@cpam-ville.cnamts.fr



# Une réflexion personnalisée sur la iatrogénie sur l'année 2015

Les actions d'accompagnement des EHPAD par l'Assurance Maladie s'appuient sur les recommandations de la HAS. Leurs objectifs sont :

- l'amélioration de la prescription médicale chez le sujet âgé (PMSA), de la prise en charge polymédicamenteuse des résidents
- la prise en compte des indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie

## Part des résidents de votre EHPAD ayant plus de 10 lignes de prescriptions par mois

Parmi les résidents âgés de plus de 75 ans ou 66 / 75 ans avec au moins une ALD	EHPAD	Région (EHPAD)	France (EHPAD)
	xx%	8,5%	8,3%

*Moyenne mensuelle des pourcentages des résidents qui ont eu plus de 10 lignes par mois en 2015*

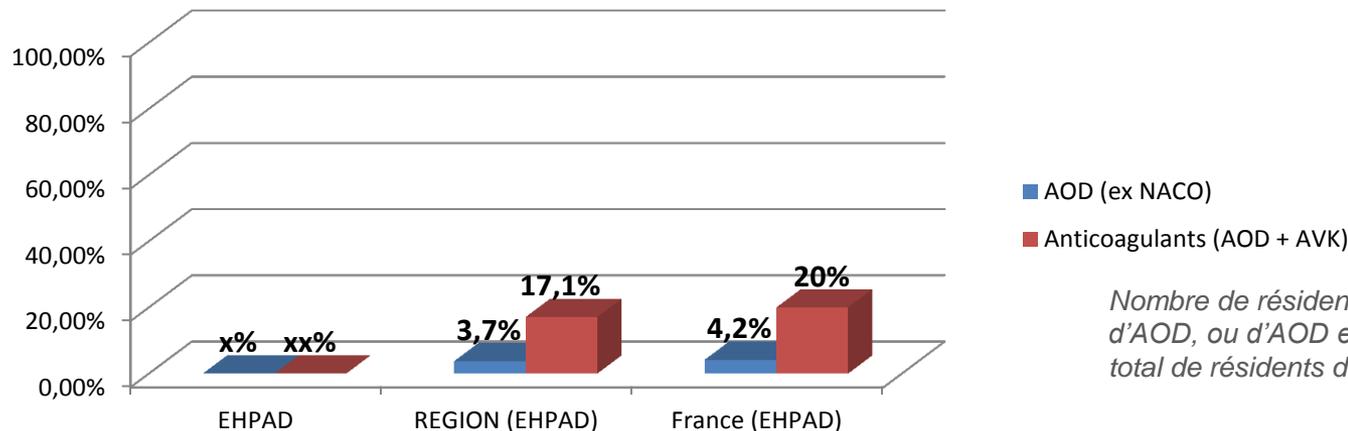
La polymédication chez le sujet âgé augmente le risque iatrogénique. **Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique.** Adopter une **prescription raisonnée**, c'est éviter :

- les excès de traitement,
- une prescription inadaptée voire une insuffisance de traitement,
- des interactions médicamenteuses.

D'où l'accompagnement des EHPAD par l'AM sur la iatrogénie globale et sur la iatrogénie de la classe des psychotropes.

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

# Part de vos résidents ayant eu une prescription d'anticoagulants oraux directs (AOD)\* en 2015, en regard de la part totale de vos résidents ayant eu une prescription d'anticoagulants (AOD + AVK)



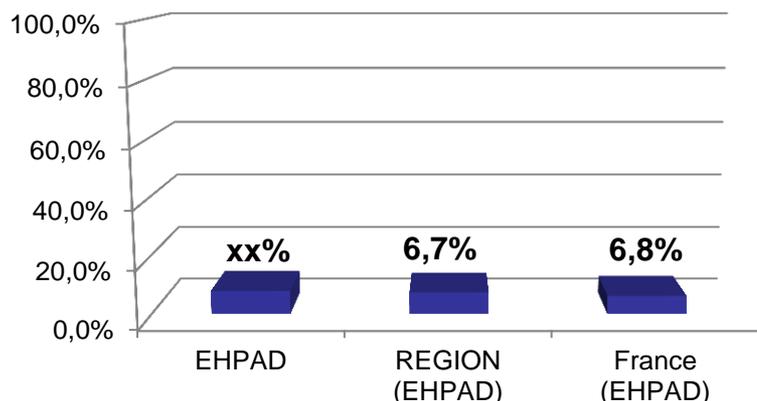
*Nombre de résidents ayant eu une prescription d'AOD, ou d'AOD et d'AVK en 2015/ nombre total de résidents de l'EHPAD*

1. Mise à jour de la fiche BUM par la HAS en septembre 2015
2. Les antagonistes de la vitamine K (AVK) restent le traitement anti-thrombotique de référence dans la fibrillation auriculaire
3. La prescription d'AOD est clairement positionnée en 2<sup>nd</sup>e intention, et doit respecter le cadre strict de leur AMM en raison principalement du risque hémorragique inhérent à ces produits
4. L'impossibilité d'évaluer le niveau d'anticoagulation et l'absence d'antidote majorent le risque hémorragique et justifient :
  - Le respect des contre-indications (notamment les valves mécaniques) et des précautions d'emploi
  - L'évaluation précise du risque hémorragique et l'adaptation de la posologie
  - La surveillance initiale et régulière de la fonction rénale

\* Au moment de leur mise sur le marché, ces produits ont été appelés NACO : Nouveaux Anti-Coagulants Oraux, aujourd'hui la terminologie utilisée est AOD pour Anticoagulants Oraux Directs

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

# Part de vos résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents en 2015



Moyenne mensuelle sur 2015 du nombre de résidents ayant eu plus de deux prescriptions de psychotropes différents dans le mois / total des résidents de l'EHPAD

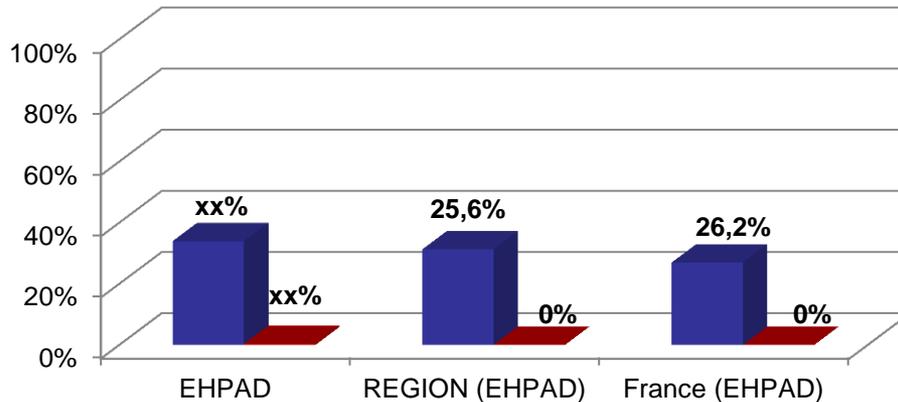
## **Attention :**

Deux messages de nature différente sont portés par l'Assurance Maladie sur les consommations de psychotropes :

- Réévaluation de la prescription en ce qui concerne les benzodiazépines et les neuroleptiques : prévention de la iatrogénie médicamenteuse.
- Amélioration de la prise en charge de la dépression (recommandations HAS) avec éventuel allongement de la durée de prescription des antidépresseurs.

1. Durées de prescriptions recommandées par la HAS pour les psychotropes chez le sujet âgé
2. Les benzodiazépines : hypnotiques (au maximum 4 semaines) et anxiolytiques (au maximum 12 semaines)
3. Les antidépresseurs (au minimum 6 mois)
4. Les neuroleptiques (posologie la plus faible/durée de prescription la plus courte possible)

# 1.1. Part de vos résidents sous traitement de benzodiazépines hypnotiques sur l'année 2015



■ hypnotiques

*Hypnotiques* : nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de benzodiazépines hypnotiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD

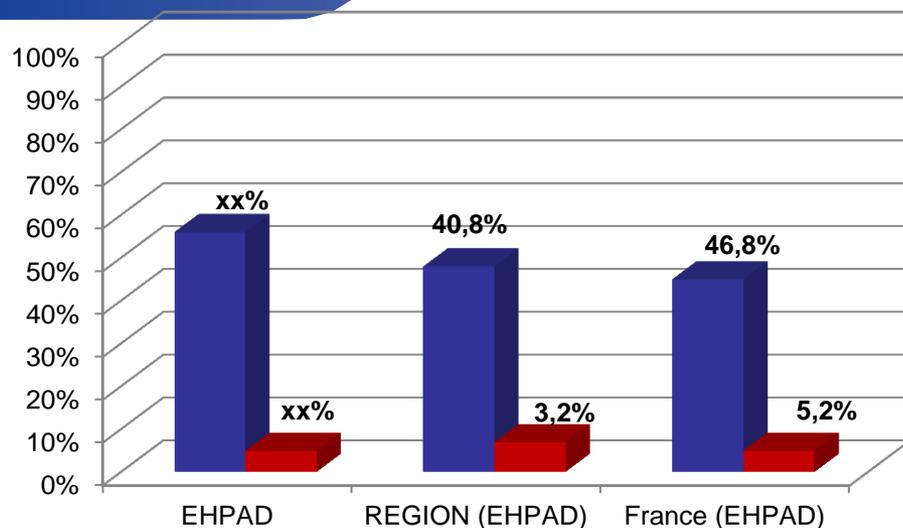
*Demi-vie longue* : nombre de résidents traités par hypnotiques à demi-vie longue au cours de l'année 2015 / nb total de résidents traités par hypnotiques.

## Respecter l'arbre décisionnel « troubles du sommeil récents ou chroniques chez la personnes âgées » (document HAS)

- Éviter la primo-prescription d'un hypnotique
- Éliminer une pathologie psychiatrique (dépression) ou organique (syndrome d'apnées du sommeil)
- Donner des informations sur le cycle veille/sommeil
- Dans la plainte récente, ne prescrire les benzodiazépines (BZD) à ½ vie courte qu'en cas d'évènement stressant
- Privilégier d'autres alternatives médicamenteuses dans la plainte chronique, les BZD à ½ vie courte n'étant prescrites qu'en cas d'insomnie sévère

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

## 1.2. Part de vos résidents sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques sur l'année 2015



■ anxiolytiques

■ anxiolytiques à 1/2 vie longue

*Anxiolytiques* : nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de benzodiazépines anxiolytiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD

*Demi-vie longue* : nombre de résidents traités par anxiolytiques à demi-vie longue au cours de l'année 2015 / nombre total des résidents traités par anxiolytiques

**Le traitement ne doit pas dépasser 12 semaines sans qu'une réévaluation n'ait été faite.  
Les benzodiazépines à demi-vie courte doivent être privilégiés.**

Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

# Benzo et risque de chutes

11 études retenues par la HAS dont une méta-analyse<sup>1</sup>:  
augmentation de **48 % du risque de chute** chez les SA >65 ans  
exposés aux BZD / non exposés (OR = 1,48 ; IC 95 % [1,23 à 1,77]).

1-Leipzig RM et al. Drugs and falls in older people: a systematic review and metaanalysis. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:30-9.

## Etude de cohorte de Berdot et al. 2009

- Évalue l'association entre l'utilisation inappropriée de médicaments et le risque de chute chez 6 343 sujets > 65 ans.
- Augmentation du risque de chute chez les consommateurs réguliers et occasionnels de BZD à demi-vie longue. Cette association n'est pas retrouvée pour les molécules à demi-vie courte.

2- Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al.

Inappropriate medication use and risk of falls- -a prospective study in a large communitydwelling elderly cohort. BMC Geriatr 2009;9:30.

# Benzo et risque de démence

- Association entre consommation de BZD et survenue d'une démence : étude de 2015 montrant que les personnes prenant surtout des BZD à **demi-vie longue (plus de 20 heures)** ont un **risque de démence augmenté de 60%**.

Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study- revue Alzheimer's and Dementia-Décembre 2015

Dalia Shash Tobias Kurth Marion Bertrand Carole Dufouil Pascale Barberger-Gateau Claudine Berr Karen Ritchie Jean-Francois Dartigues Bernard Bégaud Annick Alpérovitch Christophe Tzourio

# EHPAD 2016 : IATROGENIE

## PLAINTES RECENTES AUTOUR DU SOMMEIL CHEZ UN SUJET AGE (prenant ou non un médicament à visée hypnotique)

### Rechercher

#### Événement stressant

(deuil, mauvaise nouvelle, agression, ...)

Évaluer l'intensité & le retentissement diurne  
(agenda du sommeil)  
Évaluer l'environnement

Renforcer le soutien de l'entourage et / ou les aides

Si peu sévère, information et éducation sur le cycle veille-sommeil

Si sévère, BZD ou composé Z (1/2 vie courte, 1/2 dose, durée courte, tt discontinu) → contrat de traitement

#### Facteurs de mauvais sommeil

**environnementaux** : bruit, lumière, température  
**litière en mauvais état**  
**habitudes** : alcool, café, sieste trop longue  
**certaines médicaments**

Information et éducation sur le cycle veille-sommeil

#### Signes associés

**Penser à la dépression et l'anxiété**

**Rechercher des causes générales** : douleurs, toux, s. urinaires, dyspnée, reflux, prurit, alcool, médicaments ...

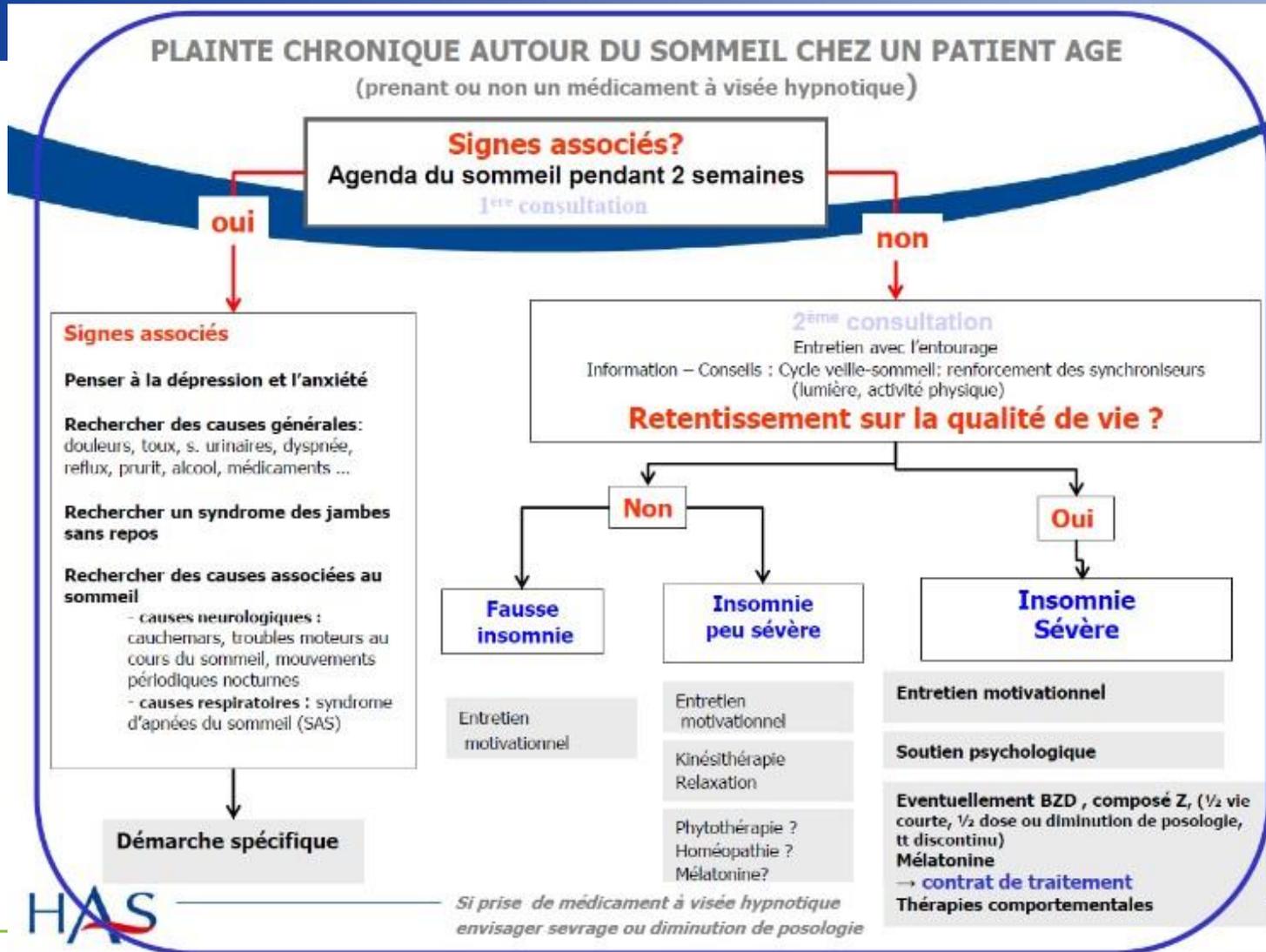
**Rechercher un syndrome des jambes sans repos**

**Rechercher des causes associées au sommeil**

- causes neurologiques : cauchemars, troubles moteurs au cours du sommeil, mouvements périodiques nocturnes
- causes respiratoires : syndrome d'apnées du sommeil (SAS)

Démarche spécifique

# EHPAD 2016 : IATROGENIE



# EHPAD 2016 : IATROGENIE

## PLAINTES ANXIEUSES CHEZ UN SUJET AGE (prenant ou non un médicament à visée anxiolytique)

### Entretien

Symptômes dépressifs? signes somatiques? troubles cognitifs?

Facteur(s) déclenchant(s) ? : chute, événements de la vie, peur du devenir (handicap, mort, .....),

iatrogénie (sevrage en BZD) Antécédents et pathologies actuelles, traitements en cours, retentissement (automédication ? alcool ?..)

### Examen physique complet systématique

+/- évaluation cognitive simple

+/- Bilan para-clinique

#### Pathologies somatiques

en situation d'urgence  
penser à :  
embolie pulmonaire  
iatrogénie  
hyperthyroïdie  
hypoglycémie  
TAC/FA  
IDM

#### Troubles cognitifs

#### Dépression

#### Anxiété réactionnelle Retentissement?

#### Trouble Anxieux Généralisé

Renforcer le soutien  
de l'entourage et / ou les aides

#### Peu sévère

Soutien psychologique  
Eviter l'usage des  
médicaments à visée  
anxiolytique  
(risque de dépendance++)  
Phytothérapie?  
Homéopathie?

#### Sévère

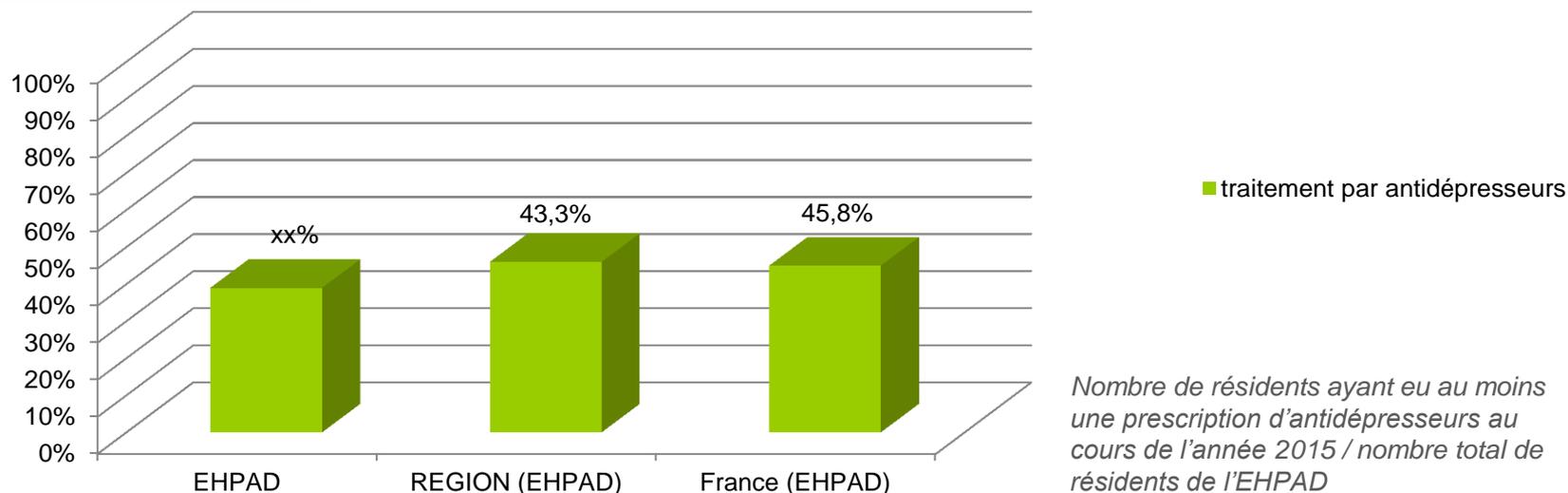
Psychothérapie  
Prescription  
médicamenteuse  
avec contrat de  
traitement

Avis  
psychiatrique  
Antidépresseurs

Démarche spécifique

## 2. AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION

### Part de vos résidents pris en charge pour un syndrome dépressif sur l'année 2015



Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

Nombre de résidents ayant eu au moins une prescription d'antidépresseurs au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD

**Le traitement d'attaque doit être d'au moins 6 semaines, le traitement d'entretien d'au moins 12 mois.**

**La question de l'intérêt d'une phase de maintenance est de première importance chez la personne âgée tant la dépression à cet âge s'accompagne d'un taux élevé de récurrences et se complique de handicaps fonctionnels et de suicides.**

**Source : HAS, Recommandations « BUM antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte »**

# EHPAD 2016 : IATROGENIE

## DEPRESSION CARACTERISEE CHEZ UN SUJET AGE

### Signes d'alertes malade entourage

plaintes somatiques (douleurs ++), plainte anxieuse, plainte mnésique, insomnie, anorexie, asthénie, amaigrissement, désintérêt pour les activités habituelles, irritabilité, changement de comportement, difficultés de concentration

**Ancienneté**  
des symptômes ?  
**ATCD** personnels et  
familiaux de dépression ?

### Diagnostic de dépression

**Critères DSMIV-TR/CIM 10**  
asthénie, tristesse, souffrance morale, perte d'intérêt,  
ralentissement, anhédonie, troubles du sommeil et de l'appétit,  
perte de poids, idées noires et suicidaires

**Contexte de vie ?**  
décès, isolement, entrée  
récente en EHPAD,...

**Co-morbidités ?**  
douleur, AVC, handicap,  
cancer, I. cardiaque,  
diabète, Alzheimer

**Risque suicidaire**

### Diagnostic de gravité

**Symptômes psychotiques**

**Risque nutritionnel**

**Retentissement sur  
l'autonomie & autres pathologies**

**Avis spécialisé +/- hospitalisation**

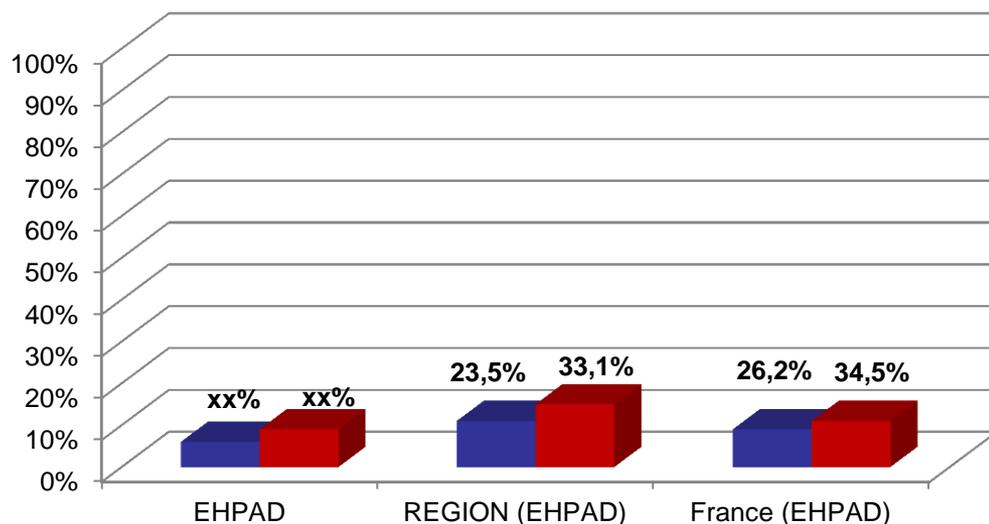
**Soutien psychologique – Renforcer l'environnement  
Antidépresseurs - Pas d'anxiolytique systématique**

**Adapter le traitement - Observance - Suivi des comorbidités**

**Suivi**

**Réévaluation clinique - Evaluation cognitive simple – Posologie et durée de traitement**

### 3. Part des patients « Alzheimer » ou maladie apparentée traités par neuroleptiques en regard de la part totale de vos résidents traités par neuroleptiques sur l'année 2015



Source : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

- résidents sous neuroleptiques
- résidents Alzheimer sous neuroleptiques

*Nombre de résidents ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD*

*Nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée (repérés soit par l'ALD 15, soit par une délivrance de traitement anti-Alzheimer) ayant eu au moins une prescription de neuroleptiques au cours de l'année 2015 / nombre total de résidents de l'EHPAD ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée*

**L'analyse de la prescription de neuroleptiques doit en premier lieu conduire à réévaluer l'état clinique à l'origine de la prescription afin d'envisager une diminution ou un arrêt des neuroleptiques et la mise en place d'alternatives non médicamenteuses. En cas de confirmation de la prescription, celle-ci doit être la plus courte possible.**

Sources : HAS IPC AMI 1

# EHPAD 2016 : NEUROLEPTIQUES ??

L'efficacité des NEUROLEPTIQUES dans les troubles du comportement se limite aux **troubles agressifs**

Seules les psychoses et syndromes délirants avérés relèvent d'un N au long cours

## Analyse bénéfiques / risques des antipsychotiques dans l'Alzheimer

- Pour **1000 patients** traités par neuroleptiques pendant 12 semaines [1] :
  - Diminution des troubles du comportement pour **100 à 200** patients
  - Mais **augmentation d'autres risques** avec corrélation :
  - **Troubles de la marche (60 à 100 patients) = risque de chutes**
  - **AVC (18 cas dont 9 graves) et décès (10 cas)**
- [1] HAS communiqué de presse 25/11/2009 « limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer »  
[http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c\\_885227/limiter-la-prescription-de-neuroleptiques-dans-la-maladie-d'Alzheimer](http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_885227/limiter-la-prescription-de-neuroleptiques-dans-la-maladie-d'Alzheimer)

# EHPAD 2016 : TROUBLES DU COMPORTEMENT

- L'APPROCHE COMPORTEMENTALE :
- **Attitudes lors de la communication**
- **Attitudes lors des soins**
- **Mais aussi globalement**
  - Stimulation cognitive active, stimulation sensorielle, stimulation de l'activité motrice, activités occupationnelles actives
  - Orthophonie, Musicothérapie, Aromathérapie
  - Thérapie assistée d'animation
- **L'inventaire neuropsychiatrique (NPI)**
- **Outil d'évaluation et de suivi**