

### INTRODUCTION & OBJECTIFS

#### La santé des personnes âgées, l'affaire de tous !

Au 1er janvier 2015, la France compte 18.4% d'habitants de 65 ans ou plus, soit environ 12 millions dont 6 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus, 7755 EHPAD accueillent environ 593 000 personnes âgées. Au-delà de 85 ans, 6% des personnes vivent dans un établissement. La médication des personnes âgées représente un enjeu de santé publique :

- la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 10% à 20% des motifs d'hospitalisation après 65 ans, plus de 20% après 80 ans.
- 21% des accidents médicamenteux seraient imputables au défaut d'observance des prescriptions.

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise comporte 394 lits en EHPAD / USLD. L'objectif de ces deux audits est de réaliser un état des lieux de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé avec pour objectif l'amélioration de la prescription afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse

### MATERIEL ET METHODE

- Evaluation des pratiques professionnelles par un audit clinique, un jour donné, dans deux unités d'EHPAD, en 2015 La Clairière RDC Amilly (51 résidents), en 2016 au Fil de l'eau (57 résidents).
- Analyse rétrospective des prescriptions
- Outils : grille de recueil OMÉDIT Centre Val de Loire 2014 (18 items), dossier patient informatisé et dossier patient papier au sein de l'unité, Pharma®
- Durée de l'analyse : 50 heures + 58 heures

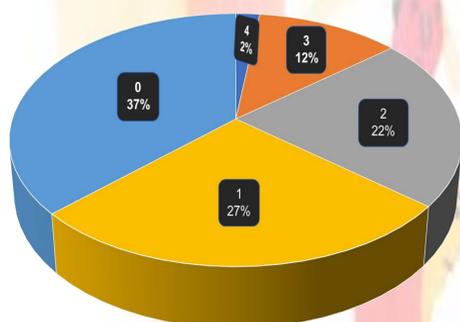
### RESULTATS

#### AUDIT 2015

**Femmes** : 92 %  
**Age moyen** : 88 ans      75 à 90 ans : 55%  
                                   plus de 90 ans : 41%  
**Poly pathologies** : 33%  
**Alzheimer** : 65 % dont 22% avec des poly pathologies associées

Poids et clairance de la créatinine sur 67% des prescriptions

2 à 16 DCI différentes par prescription, moyenne de 8 DCI



Nombre de psychotropes par prescription

GIR	Audit 2015	Audit 2016
1	25%	16%
2	22%	35%
3	29%	16%
4	20%	30%
5	4%	3%

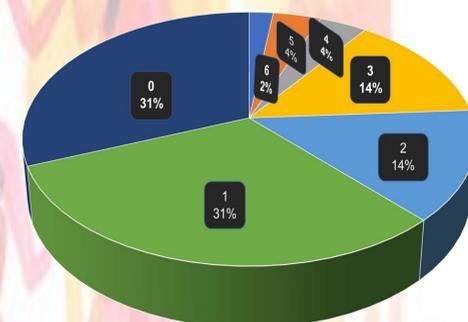
GIR : Groupe Iso Ressource

#### AUDIT 2016

**Femmes** : 70%  
**Age moyen** : 83 ans      75 à 90 ans : 51 %  
                                   plus de 90 ans : 28 %  
**Poly pathologies** : 47% dont de lourds antécédents psychiatriques  
**Alzheimer** : 58% dont 32% avec des poly pathologies associées

Poids et clairance de la créatinine sur 82% des prescriptions

1 à 17 DCI différentes par prescription, moyenne de 9 DCI



Nombre de psychotropes par prescription

### PSYCHOTROPES

Psychotropes Nombre / Classe	Audit 2015	Audit 2016
au moins un par prescription	63%	69%
deux ou plus par prescription	36%	38%
un neuroleptique	20%	30% dont 2% avec deux
un antidépresseur	43%	40%
une benzodiazépine	37%	33% dont 12% avec deux
benzodiazépine à 1/2 vie longue	0%	9%
un hypnotique*	18%	28% dont 12% avec deux
Alzheimer (ou apparentée) et un neuroleptique durée > un mois	24%	24%

\* Dans l'étude THERALENE est considéré comme un hypnotique

Parmi les 65 % de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, 2% sont traités par EBIXA® (mémantine) associé à un hypnotique et 8% par des anticholinestérasiques REMINYL® LP 24 mg gélules (galantamine) ou EXELON® 9,5 mg/24h dispositif transdermique (rivastigmine) seul ou en association avec un antidépresseur et une benzodiazépine.

Pour rappel en octobre 2015, l'ANSM a adressé une nouvelle mise en garde concernant la survenue de réactions cutanées graves (syndrome de Stevens-Johnson et pustulose exanthématique aiguë généralisée) avec le bromhydrate de galantamine.

Parmi les 58% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer 3 % sont traités par EBIXA® (mémantine) associé à un antidépresseur, une benzodiazépine, un neuroleptique et 2% par des anticholinestérasiques REMINYL® LP 24 mg gélule (galantamine) ou EXELON® 9,5 mg/24h dispositif transdermique) (rivastigmine) associé à un antidépresseur.

### AINS / INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTONS

	AINS	IPP sans indication documentée	Durée IPP > un an	Durée IPP > 30 mois	Durée IPP > 4 ans
Audit 2015	0%	35%	77%	6%	6%
Audit 2016	0%	65%	95%	33%	0%

### DISCUSSION & PERSPECTIVES D'AVENIR

Ces résultats ont été présentés à l'équipe médicale et une concertation médicale s'est déroulée lors des COMEDIMS Gériatrie en 2015 et 2016 dans le but d'améliorer la qualité de la prescription de la personne âgée. Il y a une certaine constance dans la prescription des **PSYCHOTROPES**, trop nombreux, et dans un contexte de risques lié à l'âge et au mode d'action de ces médicaments, qui augmentent la perméabilité de la barrière hématoencéphalique et donc leur sensibilité, notamment pour ceux à effet sédatif, le risque iatrogène sédatif est accru avec pour conséquences les troubles de la marche, les chutes, les états de confusion, la sédation diurne, la survenue d'AVC et les décès (+ 1% avec les neuroleptiques).

Cependant 65% de résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer (ou apparentée) et présentent des troubles psycho-comportementaux productifs nécessitant la prescription de psychotropes. Des unités dédiées comme l'UHR (unité d'hébergement renforcé) permettraient de prendre en charge de façon adaptée ces résidents et espérer une baisse conséquente des psychotropes. Une UHR a ouvert sur nos EHPAD/USLD en octobre 2016 et peut accueillir 15 personnes. Un audit sur cette unité serait intéressant.

Autre classe qui fait l'objet de notre analyse, la présence des **INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS**. L'existence d'effets indésirables durée-dépendants doit conduire les prescripteurs à réévaluer leur prescription. Des données sont en faveur du risque d'anémie lié à une diminution d'absorption de la vitamine B12 et du fer, du risque d'ostéoporose ou de fracture (hanche) favorisé par une diminution de l'absorption du calcium en cas de très longues durées de traitement, d'un lien possible entre la consommation d'IPP et la survenue de diarrhées à Clostridium difficile (suspendre le traitement en cas de doute sur l'origine d'une diarrhée chronique), de plusieurs cas de néphrite interstielle aigue. En 2012, une étude américaine de cohorte rétrospective sur plus de 360 000 patients révèle une incidence de la pneumopathie communautaire quatre fois plus importante dans la cohorte exposée à un IPP. Mais dans tous les cas, l'arrêt de l'IPP doit être progressif afin d'éviter un rebond.

Dans l'avenir, nous souhaiterions mettre en place une conciliation médicamenteuse à l'admission en EHPAD, une démarche qui permettrait une réévaluation complète de la prescription afin d'intercepter les erreurs médicamenteuses, limiter le nombre de DCI quand c'est possible et ainsi prévenir la iatrogénie et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du résident.