

DEMARCHE PARTICIPATIVE DE LA HAS

**AMELIORER LA
PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES
CHEZ LE SUJET AGE**
Propositions d'actions concertées

VERSION COURTE



OCTOBRE 2007

RESUME	P 3
--------	-----

METHODOLOGIE PARTICIPATIVE	P 5
----------------------------	-----

APPLICATION :
« AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE »

PARTICIPANTS ET CALENDRIER DES REUNIONS	P 6
---	-----

PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMELIORATION CONCERTEES COORDONNEES

▪ ACTIONS GENERALES	P 8
▪ ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU SOMMEIL	P 9
▪ ACTIONS RELATIVES A LA DEPRESSION	P 10
▪ ACTIONS RELATIVES AUX SIGNES ANXIEUX	P 11
▪ ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT	P 12
▪ ACTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE	P 13

SUIVI OPERATIONNEL

▪ DONNEES DE SUIVI DISPONIBLES	P 14
▪ ACTIONS PHARES	P 15

SOMMAIRE DU RAPPORT COMPLET	P 16
-----------------------------	------

<i>LISTE DES ABREVIATIONS</i>	P 17
-------------------------------	------

RESUME

L'usage des psychotropes chez le sujet âgé en France est inapproprié et souvent délétère

La prescription des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel) constitue un problème de santé majeur et complexe, particulièrement chez les sujets âgés. De nombreux travaux (dont le rapport de l'OPEPS en 2006) soulignent les mésusages des psychotropes et la nécessité d'actions ciblées, notamment sur la population très exposée et vulnérable des sujets âgés.

Une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. 20% des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, tandis que la balance bénéfique/risque leur est clairement défavorable, qu'il s'agisse des troubles du sommeil ou des troubles anxieux. Il existe une surprescription délétère de neuroleptiques dans les troubles du comportement dits « productifs », fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Les psychotropes sont ainsi à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...), iatrogénie en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée. A l'inverse, la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui augmente le risque suicidaire (1700 morts par an par suicide chez les plus de 75 ans en France), aggrave les troubles somatiques, augmente la consommation de soins et accroît la mortalité.

Les retours d'expérience des professionnels de santé engagés dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques ont rapportés un grand nombre d'initiatives des médecins et autres acteurs de santé sur ces sujets, traduisant une préoccupation partagée de cette problématique. Dans ce contexte, la HAS a proposé d'accompagner une réflexion de tous les acteurs, s'appuyant sur les situations cliniques, pour rechercher des solutions concrètes et applicables au quotidien au bénéfice des patients.

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé

A l'invitation de la HAS, de nombreux partenaires professionnels (ordre des médecins, ordre des pharmaciens, médecins généralistes, gériatres, psychiatres, pharmacologues, neurologues, sociétés savantes, organismes agréés pour l'évaluation des pratiques, ...), et institutionnels (DGS, DGAS, DHOS, Afssaps, InVS, INPES, CNAM TS, RSI, MSA, FNMF, OPEPS), ont décidé de coopérer et de mutualiser expériences, compétences et actions, pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Ainsi a été appliquée de façon pilote une **méthode participative d'aide à la décision** basée sur un état des lieux des connaissances, des initiatives déjà menées (retours d'expérience) et des pratiques réelles, dans le but de proposer des actions concertées et coordonnées prenant en compte les nombreuses actions en cours ou programmées. Ces propositions d'actions sont envisagées sur deux ans avec un suivi commun d'indicateurs à disposition des partenaires, et ciblé sur des actions significatives.

Quatre situations sont à l'origine de la majorité de ces prescriptions

Les plaintes relatives au sommeil sont courantes, mais ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez le sujet âgé. Les insomnies avérées ne justifient de toute façon pas d'un traitement au long cours par benzodiazépines ou composés Z, qui ont des effets délétères. Cependant les plaintes relatives au sommeil sont source d'une forte consommation de ces médicaments.

La dépression, fréquente chez le sujet âgé, est fortement liée aux affections somatiques, à l'environnement et aux événements de la vie de la personne âgée. Le traitement antidépresseur, qui devrait être associé à la prise en compte de ces éléments, n'est souvent pas prescrit, faute de diagnostic, et trop de benzodiazépines sont administrées.

Les signes anxieux sont également un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité souvent une dépression. Dans tous les cas, les benzodiazépines ont peu de place dans la prise en charge. Or il existe une surprescription de benzodiazépines à visée anxiolytique en France.

Les troubles du comportement dits « productifs » survenant dans la maladie Alzheimer (et pathologies apparentées) - cris, agitation, agressivité, déambulation –, conduisent à une surprescription de neuroleptiques, très délétère et non indiquée. Les troubles du comportement lors d'un épisode aigu de confusion constituent également une situation pourvoyeuse de prescription délétère de psychotropes chez le sujet âgé.

Un panel d'actions est proposé pour améliorer ces 4 situations, avec un suivi ciblé sur 6 actions phares

Les propositions sont articulées autour (1) des actions à mener en regard des principales situations de prescription (troubles du sommeil, dépression, signes anxieux, troubles du comportement) ; (2) de mesures générales ciblant les personnes âgées, les professionnels ou les psychotropes ; (3) des projets de recherche à conduire pour combler les besoins en terme de connaissance. La mise à disposition de données de suivi par les différents partenaires dont l'assurance maladie permettra d'établir un tableau de bord général pour évaluer l'impact du programme d'action.

Au titre des actions phares sont proposées :

- **trois programmes auprès des professionnels de santé** : « optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (notamment des psychotropes) » en médecine générale en lien avec les pharmaciens ; « dépression du sujet âgé » en EHPAD et en ambulatoire ; « bientraitance » en établissement, intégrant les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer ;
- **une campagne grand public** à propos de l'insomnie et des somnifères, de l'anxiété et des anxiolytiques ;
- **un travail d'homologation des classes pharmacothérapeutiques** pour améliorer les logiciels de prescription et enfin
- **le suivi d'un programme de recherche** sur les psychotropes et le sujet âgé.

Un certain nombre de ces actions, conçues de façon concertée avec leurs opérateurs, au regard de l'existant et du prévisionnel de chacun, sont déjà en cours en 2007 ou sont programmées. **Ainsi des recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé** sont apparues nécessaires dès le début de la réflexion, et la HAS a engagé immédiatement leur production afin de les mettre à disposition dès les conclusions des travaux. Ce dispositif est complété par des propositions d'actions nouvelles.

Le groupe de coopération et de réflexion « Amélioration de la prescription des psychotropes et sujet âgé » espère que ce bilan réalisé en commun, mutualisant compétences et énergies, ainsi que les actions envisagées et les éléments de bonne pratique clinique mis à disposition, permettront d'obtenir des résultats concrets d'amélioration de la prescription de psychotropes, au bénéfice des personnes âgées.

METHODOLOGIE PARTICIPATIVE

Une première phase d'analyse de la problématique et de travaux concertés, sous la maîtrise d'ouvrage de la HAS, garante de la démarche méthodologique, est conduite sur un mode participatif large, impliquant professionnels et institutions. La HAS propose d'accompagner l'analyse d'un thème de santé et l'élaboration concertée d'actions visant à améliorer la qualité des soins. Dès la conception des actions sont envisagées les mesures d'impact nécessaires, les données déjà disponibles permettant de constituer un tableau de bord d'indicateurs et les données complémentaires à collecter pour mieux évaluer les actions.

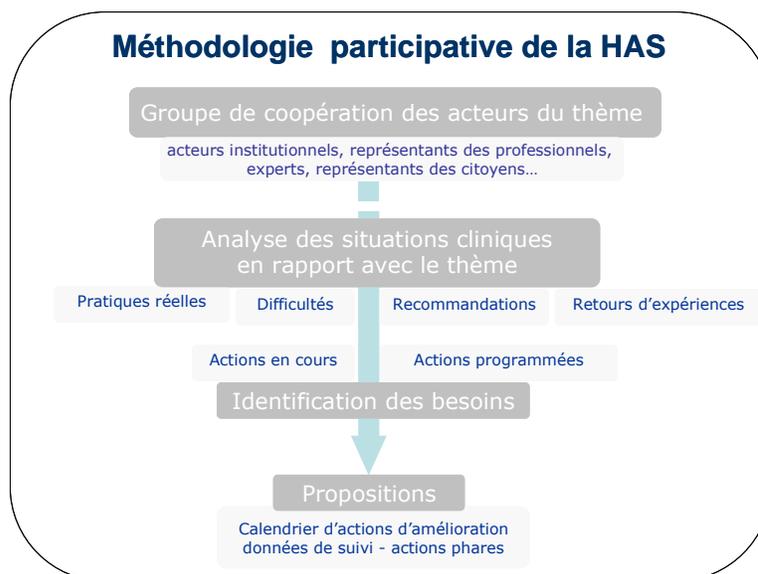
Cette phase d'analyse s'appuie sur une approche par thème de santé, centré sur le parcours du patient et les pratiques cliniques. Les besoins sont définis sur la base d'une analyse globale portant sur (1) les pratiques réelles et données pharmaco épidémiologiques, (2) les recommandations disponibles, (3) les retours d'expérience en France (initiatives et résultats). Des propositions concertées – coordonnées – évaluées sont élaborées avec l'ensemble des acteurs sanitaires en tenant compte de l'existant et du prévisionnel. Un suivi opérationnel est proposé autour d'actions phares assorties des indicateurs correspondants et d'un tableau de bord général. Ces travaux sont conclus par la production d'un rapport.

Trois principes résument la démarche participative conduite par la HAS :

- proposer une réflexion concertée à l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels
- partager le constat de la problématique en réalisant ensemble un bilan méthodique de la situation
- appliquer une approche pragmatique de résolution de problème centrée sur le patient et les pratiques cliniques

Une seconde phase relative à la mise en œuvre des actions retenues sera pilotée par la DGS. Dans ce cadre, la HAS propose d'organiser un suivi opérationnel autour d'actions phares menées en lien étroit avec les professionnels de santé, dans le cadre notamment de l'évaluation des pratiques professionnelles. La HAS accompagne l'élaboration concrète et la mise à disposition du tableau de bord permettant de suivre l'impact des actions. Les informations relatives à ce suivi opérationnel sont, avec l'accord des partenaires, mises à disposition dans un espace dédié sur le site HAS. Un bilan final pourrait prendre la forme d'une journée nationale dédiée au thème.

Le présent rapport restitue les résultats de la première phase de démarche participative de la HAS, expérimentée sur l'amélioration de la qualité des prescriptions des psychotropes chez le sujet âgé.



APPLICATION : « AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE »

PARTICIPANTS & CALENDRIER DES REUNIONS

Groupe plénier

Ce groupe de coopération constitué au fur et à mesure de la réflexion a vocation à s'enrichir de tous les acteurs de la thématique

- Direction générale de la santé (DGS) : Benoît Lavallart, Caroline de Cacqueray, Marcel-Jean Millot, Anne Jolivet, Emmanuelle Bauchet
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire (DHOS) : Michel Gentile, Jérôme Vernois
- Direction générale de l'action sociale (DGAS) : Jean-Jacques Tregoat, Jean-Philippe Flouzat
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) : Catherine Deguines, Marie-Anne Courné
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : Michel Dépinoy, Stéphanie Pin, Marine Jeantet
- Institut de Veille Sanitaire (InVS) : Juliette Bloch, Christine Chan Chee
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) : Hubert Allemand, Joëlle Guillot, Anne Thomasset, Dominique Cholley, Annie Arpin-Barbieux
- Régime social des indépendants (RSI) : Claudine Blum-Boisgard, Jean Deligne
- Mutualité Sociale Agricole (MSA) : Omar Tarsissi
- Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) : Jean-Pierre Tarot
- Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) : Mme Maryvonne BRIOT, Députée de Haute-Saône, rapporteure du rapport de l'OPEPS sur les Psychotropes
- Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF) : Alain Franco, Geneviève Ruault
- Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique (SFPT) : Patrice Jaillon, Olivier Blin
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la Thérapeutique (APNET) : Patrik Hillon, François Paille
- Fédération Française de Psychiatrie (FFP) : JCharles Pascal, Philippe Robert
- Ordre des Pharmaciens : Jean Parrot, Jean Lamarche
- Ordre des Médecins : Jacques Roland, William Junod
- Experts : Sylvie Legrain, Paris, Jean Doucet, Rouen, Joël Belmin, Ivry sur Seine
- Groupe Sommeil : Jean-Pierre Giordanella – Caisse Primaire d'assurance maladie (CPAM) Paris
- Haute Autorité de Santé (HAS) : Laurent Degos, Lise Rochoaix, Armelle Desplanques, Patrice Dosquet, Brice Kitio, Sandrine Buscail, Nathalie Riolacci, Valérie Izard, Emmanuelle Blondet
- Invités : Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale (ANESM), société française de médecine générale (SFMG), société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Réunions : 5 septembre 2006 - 10 octobre 2006 - 24 avril 2007 - 4 juillet 2007 - 17 septembre 2007

Groupe des référents

- Laurent Degos, Armelle Desplanques, Benoît Lavallart (Troubles du comportement chez le sujet âgé), Sylvie Legrain, Joël Belmin (Insomnie chez le sujet âgé) Olivier Blin (Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé), Jean Doucet, Brice Kitio (Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé), Philippe Robert (Dépression et signes anxieux chez le sujet âgé)

Réunions : 20 novembre 2006 - 26 janvier 2007 - 26 mars 2007

Groupes techniques de synthèse

- Joël Belmin, Olivier Blin, Christiane Chan-Chee, Catherine Deguines, Jean Deligne, Armelle Desplanques, Jean Doucet, Jean-Philippe Flouzat, Joëlle Guillot, Benoît Lavallart, Sylvie Legrain, Philippe Robert, Omar Tarsissi

Réunion : 13 juin 2007

- Armelle Desplanques, Benoît Lavallart, Nathalie Riolacci

Réunion : 13 juillet 2007

- Armelle Desplanques, Sylvie Legrain, Sandrine Buscail, Nathalie Riolacci, Bruno Bally

Synthèse finale et relecture : septembre –octobre 2007

Groupes de travail pour l'élaboration des actions

Dépression et signes anxieux chez le sujet âgé **Philippe ROBERT** - Caroline DE-CACQUERAY - Stéphanie PIN - Jean-Philippe FLOUZAT - François PAILLE - Anne JOLIVET - Catherine DEGUINES / Nathalie DUMARCET - Christine CHAN CHEE - Thierry GALLARDA - Armelle DESPLANQUES - Olivier DRUNAT - Louis MERLE - Pierre VIDAILHET - Maryse LAPEYRE MESTRE

Réunions : 24 janvier 2007, 26 février et 12 mars 2007

Insomnie chez le sujet âgé et primoprescription des benzodiazépines **Joël BELMIN** - Anne-Marie COURNE - Omar TARSISSI - Alain FRANCO - Jean LAMARCHE - Sylvie LEGRAIN - Stéphanie PIN - Michel DEPINOY - Christine CHAN CHEE - Jean-Pierre GIORDANELLA - Armelle DESPLANQUES - Maryse LAPEYRE MESTRE - Marie Françoise VECCHIERINI - Patrick LEVY - Sylvie PAROLA - Hakki ONEN

Réunions : 20 décembre 2006, 14 février et 21 mars 2007

Troubles du comportement chez le sujet âgé **Benoît LAVALLART** - Jean-Philippe FLOUZAT - Philippe ROBERT - Florence PASQUIER - Florence LEBERT - Armelle DESPLANQUES – Nathalie RIOLACCI

Réunions : 25 janvier 2007 et 6 avril 2007

Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé **Olivier BLIN** - Michael SPEDDING - Patrick MARTIN - Michel HAMON - Christophe ARBUS - Jean COSTENTIN-Alexandre MEARY-Régis BORDET-Maryse LAPEYRE-MESTRE-Armelle DESPLANQUES

Réunions : 23 janvier 2007

Initiatives **Anne Jolivet** – Stéphanie Pin - Armelle Desplanques

Réunions : 5 février 2007 – 12 février 2007– 13 mars 2007-

Groupe de travail pour l'élaboration des recommandations

Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé **Jean DOUCET** - Patrice DOSQUET - Brice KITIO - Joël BELMIN - Sylvain DAILLY- Marie-Laure GUILLOU- Alain GAUBERT -Patrick FREMONT - Francis ABRAMOVICI - Anne-Marie BAQUE-GENSAC - Michel MALLARET - Sylvie BONIN-GUILLAUME - Catherine DEGUINES - Armelle DESPLANQUES - Valérie IZARD - François DUMEL - Françoise HARAMBURU – Marie-Françoise VECCHIERINI – Joëlle MICALLEFF- ROLL

Réunions : 13 novembre 2006, 6 février 2007, 15 mars 2007, 27 mars 2007

Coordination HAS

Référent : Armelle Desplanques-Leperre **Documentation** : Emmanuelle Blondet **Secrétariat** : Djamila Guenfoudi, Corinne Camier

Calendrier général de septembre 2006 à septembre 2007

Septembre 2006 5 septembre 2006 (Plénière)
Octobre 2006 10 octobre 2006 (Plénière)
Novembre 2006 13 novembre 2006 (Arrêt des BZD) - 20 novembre 2006 (Référents)
Décembre 2006 20 décembre (Troubles du sommeil)
Janvier 2007 23 janvier (Pharmacologie) - 24 janvier (Dépression et signes anxieux) - 25 janvier (Troubles du comportement) - 26 janvier (Rréférents)
Février 2007 5 février 2007 (Initiatives) - 6 février (Arrêt des BZD) - 12 février 2007 (Initiatives) -14 février (Troubles du sommeil) - 26 février (Dépression et signes anxieux)
Mars 2007 12 mars (Dépression et signes anxieux) – 13 mars 2007 (Initiatives) -15 mars 2007 (Arrêt des BZD) – 21 mars (Troubles du sommeil) -27 mars 2007 (Arrêt des BZD) - 26 mars (Référents)
Avril 2007 6 avril (Troubles du comportement) – 24 avril (Plénière)
Juin 2007 13 juin (Synthèse technique)
Juillet 2007 4 juillet (Plénière) – 13 juillet (Synthèse technique)
Septembre 2007 17 septembre (Plénière)

PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMELIORATION CONCERTEES COORDONNEES

Ces propositions sont issues des travaux du groupe plénier « prescription des psychotropes chez le sujet âgé » et des sous groupes thématiques « insomnie et primo prescription de benzodiazépines chez le sujet âgé » « dépression et anxiété chez le sujet âgé » « troubles du comportement chez le sujet âgé » « pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé » « initiatives ». Des opérateurs ont été cités à titre indicatif pour la réalisation de chaque action. Ce point sera précisé lors de la phase de réalisation du programme.

Actions générales

Les actions générales proposées concernent le suivi du programme au moyen d'un tableau de bord, le sujet âgé, les professionnels de santé ou les médicaments psychotropes. Ces actions améliorent directement ou indirectement les 4 situations pratiques identifiées comme pourvoyeuses de prescriptions inappropriées de psychotropes : troubles du sommeil, dépression, signes anxieux et troubles du comportement.

Plusieurs principes ont été retenus pour les programmes développés sur ces quatre situations cliniques : développer des programmes professionnels portant sur les différentes situations conduisant à la prescription inappropriée de psychotropes, à destination de tous les acteurs de santé (généralistes, spécialistes, hospitaliers, pharmaciens, infirmières...) en y associant un volet d'éducation thérapeutique ; communiquer conjointement dans les revues professionnelles et dans les revues à destination des seniors.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
CONSTITUTION D'UN TABLEAU DE BORD D' INDICATEURS (HAS et groupe de coopération)	2007 - t0 début 2008
INFORMATION / EDUCATION DU SUJET AGE	
<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMMES COURTS « LA SANTE A TOUT AGE » DESTINEE A DES SENIORS AUTONOMES ET PORTANT SUR DIFFERENTES THEMATIQUES SANTE (INPES) Document d'information multi-thématique dans le cadre du programme de l'INPES « Vieillir en bonne santé » (avec possibilité d'intégrer des informations sur le sommeil et sur le bon usage des médicaments) (INPES)¹ 	<p>Rediffusion en 2008 (modalités à définir)</p> <p>Non défini</p>
¹ Cette action dépend de l'issue du groupe de travail sur le dispositif de communication du programme de l'INPES « Vieillir en bonne santé » qui va être mis en place à l'automne. L'INPES partira, entre autres supports de réflexion, des conclusions du groupe de travail « Psychotropes et personnes âgées ».	
PROFESSIONNELS de SANTE	
<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMME PILOTE EN MEDECINE AMBULATOIRE EN LIEN AVEC LES PHARMACIENS (HAS ET PARTENAIRES, ORDRE DES MEDECINS ET ORDRE DES PHARMACIENS) PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET AGE (PMSA) AVEC DECLINAISON PSYCHOTRPE INCLAUANT UN VOLET EDIUCATION MALADE AGE (HAS ET PARTENAIRES) EXPERIMENTATION EN ETABLISSEMENT SUR LE THEME « PSYCHOTROPES ET SUJET AGE » (HAS) JOURNEE DE SENSIBILISATION DES GERIATRES A LA PHARMACOVIGILANCE ET AUX PSYCHOTROPES (DGS/SFGG/CPGF), avec présentation des programmes d'EPP sur les différents thèmes des psychotropes ; annonce préalable dans la revue de gériatrie DEVELOPPEMENT D'ESPACES THEMATIQUES SUR LE SITE DE LA HAS SUR LES PSYCHOTROPES ET LES SITUATIONS DE PRESCRIPTION AVEC MISE A DISPOSITION D'OUTILS PRATIQUES AUTOEVALUATION DES PRESCRIPTIONS (HAS- SFPT) : permettre au médecin prescripteur d'analyser et d'améliorer ses prescriptions en disposant des classes pharmacothérapeutiques dans les outils de prescription, notamment dans les logiciels de prescription certifiés 	<p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008 - 2009</p>
PSYCHOTROPES	
<ul style="list-style-type: none"> PUBLICATION DES RECOMMANDATIONS « MODALITES D'ARRET DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT AGE » (HAS) REVISION DES GUIDELINES POUR L'OBTENTION DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE CHEZ LE SUJET AGE (Afsaps) CAMPAGNE D'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE (HAS, Afsaps) ciblée sur la primoprescription des benzodiazépines, dont PUBLICATION DANS LE BULLETIN DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS d'un article dédié à la primo prescription des BZD 	<p>novembre 2007</p> <p>2007 - 2008</p> <p>2009</p>

Actions relatives aux troubles du sommeil

Contexte

Les plaintes relatives au sommeil sont fréquentes (10 à 40% de la population), mais ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez le sujet âgé. Les insomnies avérées ne justifient de toute façon pas d'un traitement au long cours par benzodiazépines ou composés Z, d'efficacité courte et présentant des effets délétères, en particulier chez le sujet âgé. Cependant ces plaintes relatives au sommeil sont source d'une forte consommation de ces médicaments. Les Français consomment beaucoup plus de benzodiazépines que les autres pays européens, la tranche des personnes âgées en particulier.

Objectifs stratégiques

Trois objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Changer la représentation de l'insomnie et des somnifères chez le sujet âgé et les soignants.
- Favoriser une bonne hygiène du sommeil à partir de 65 ans.
- Diminuer la prescription inappropriée des médicaments à visée hypnotique.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des hypnotiques remboursés et en vente libre, ainsi que le nombre de programmes d'évaluation des pratiques « Troubles du sommeil » et de médecins engagés dans ces programmes.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE EN AMBULATOIRE <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboration de documents supports de non dispensation de somnifère sans ordonnance (Ordre des Pharmaciens - HAS - AFSSAPS) (formation continue des pharmaciens, brochures patients) ○ Mise à disposition de programmes EPP clés en main pour les médecins généralistes « Troubles du sommeil chez le sujet âgé » (HAS, sociétés savantes de médecine générale) sur la base des recommandations de la SFTG sur l'insomnie, des travaux réalisés par le groupe thématique « Insomnie » et des recommandations sur l'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé. ○ Promotion et mise en œuvre de ces programmes auprès des groupes d'échanges de pratiques (HAS, organismes agréés pour l'EPP) • CAMPAGNE GRAND PUBLIC SOMMEIL (INPES) TV + brochure <ul style="list-style-type: none"> ○ Etudes sur les représentations sociales du sommeil, des troubles du sommeil et des moyens de prévention ○ Selon les résultats des études, communication envisageable (cibles, contenu et modalités à définir) • CAMPAGNE GRAND PUBLIC INSOMNIE/ SOMNIFERES - ANXIETE /TRANQUILLISANTS (HAS, AFSSAPS) 	<p>2008</p> <p>2008</p> <p>2009</p> <p>FIN 2007 - DEBUT 2008</p> <p><i>non défini</i></p> <p>2009</p>

Actions relatives à la dépression

Contexte

Les symptômes dépressifs, fréquents chez le sujet âgé (jusqu'à 25 % en ambulatoire et 45% en établissement), sont très liés à l'environnement et aux événements de la vie. La prise en compte de ces éléments est primordiale, mais un traitement antidépresseur doit être associé dans les dépressions avérées. Cependant, ce diagnostic de dépression n'est souvent pas porté chez les patients âgés, pour lesquels il existe manifestement en France une sous prescription d'antidépresseurs et une surprescription de benzodiazépines liée aux signes anxieux souvent présents. De plus, une fois prescrit, le traitement antidépresseur doit être réévalué en raison de résistance nécessitant parfois un changement de médicament antidépresseur, qui doit être poursuivi pendant plusieurs mois.

Les conséquences de la prise en charge non optimale de la dépression sont graves, avec chaque année en France 1700 morts par suicide chez les plus de 75 ans. Mais la dépression non ou mal traitée est également pourvoyeuse d'hospitalisations et de mortalité évitables, liées à la mauvaise observance générale du traitement et à la dénutrition qu'entraîne un état dépressif chronique. Les patients déprimés prenant mal leurs médicaments, leurs pathologies chroniques décompensent, aggravées par le mauvais état nutritionnel, imposant souvent le recours à l'hospitalisation.

Objectifs stratégiques

Cinq objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé, notamment la durée de traitement
- Favoriser le suivi et l'observance en proposant des stratégies adaptées
- Prendre en charge la polypathologie
- Prendre en charge l'environnement
- Faire baisser le taux de suicide

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des antidépresseurs, l'évolution de la durée de traitement, la mortalité par suicide chez le sujet âgé, ainsi que le nombre de programmes d'évaluation des pratiques « Dépression » et le nombre de médecins engagés dans ces programmes.

ACTIONS

- **PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE**
 - « **Dépression** » (DGS - SFGG –FFAMCO -CPGF – FFP)
 - Expérimentation MOBQUAL « Dépression du sujet âgé » mallette d'outils de mise en œuvre des bonnes pratiques sur la « dépression » expérimentée dans les EHPAD (Aquitaine) et en médecine ambulatoire (Alpes Maritimes) dans le cadre du plan Santé Mentale
 - Diffusion élargie et programmes d'EPP en ambulatoire et en établissement
 - « **PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET AGE** » (PMSA) avec déclinaison psychotropes incluant repérage, diagnostic et prise en charge de la dépression (HAS et partenaires)
- **CAMPAGNE DEPRESSION (INPES)**
 - information auprès du grand public (patients/entourage) pour favoriser le diagnostic
 - communication spécifique auprès des publics âgés
- **ANTIDEPRESSEURS**
 - **PLAN GESTION RISQUE** (Afssaps) : études ciblées sur le risque des antidépresseurs chez les très âgés (chute, perte d'appétit/dénutrition ...)
 - Etudes post inscription* (HAS) : sollicitation de l'avis de la Commission de la Transparence sur l'opportunité de développer des études post inscription pour la sous population des patients très âgés lors des prochaines révisions d'antidépresseurs

*inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et/ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans l'indication et posologie de l'AMM.S

CALENDRIER envisageable

sept 2007 – juin 2008

fin 2008
2008

octobre / novembre 2007
non défini (au plus tôt 2009)

en cours

faisabilité à évaluer

Actions relatives aux signes anxieux

Contexte

Les signes anxieux sont un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité le plus souvent une dépression. Ces signes peuvent aussi traduire des difficultés d'adaptation, appelées « stress ». Rarement, dans 3 à 10% des cas, ces signes anxieux du sujet âgé entrent dans le cadre de maladies spécifiques dénommées « troubles anxieux », tels les troubles anxieux généralisés. Ces différents cadres diagnostiques sont mal identifiés en pratique courante par les professionnels.

Dans tous les cas diagnostiques (signes anxieux, troubles anxieux, stress) les benzodiazépines ont peu de place dans la prise en charge. Or il existe une sur prescription de benzodiazépines anxiolytiques en France, avec des effets délétères.

Objectifs stratégiques

Cinq objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Améliorer la prise en charge des signes ou symptômes anxieux
- Informer le corps médical des causes les plus fréquentes : dépression, stress et trouble anxieux généralisé
- Préciser la prise en charge des troubles anxieux du sujet âgé et la place restreinte des benzodiazépines
- Rappeler les effets réels et délétères des benzodiazépines chez le sujet âgé
- Diminuer la prescription des anxiolytiques

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des antidépresseurs et des anxiolytiques.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise à disposition de programmes clés en mains pour les médecins généralistes à propos des « Signes anxieux chez le sujet âgé » (HAS, Sociétés savantes de médecine générale) combinée avec <ul style="list-style-type: none"> - les recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé. - les programmes professionnels de sante « Dépression » (DGS - SFGG –FFAMCO -CPGF – FFP) 	2008
<ul style="list-style-type: none"> • CAMPAGNE GRAND PUBLIC ANXIOLYTIQUES/ANXIETE; HYPNOTIQUES/INSOMNIE (HAS, AFSSAPS) 	2009

Actions relatives aux troubles du comportement

Contexte

Les troubles du comportement dits « productifs » - cris, agitation, agressivité, déambulation - survenant dans la maladie Alzheimer (et pathologies apparentées) sont à distinguer des troubles du comportement liés à une confusion, événement brutal nécessitant un bilan somatique. Ces 2 situations sont pourvoyeuses d'une surprescription des neuroleptiques, très délétère et sans intérêt.

En cas de survenue d'agitation ou de cris chez un patient souffrant de démence, des techniques de soins appropriées permettent d'éviter le recours aux neuroleptiques ou autres sédatifs. Ces techniques de soins - non complètement validées ni modélisées - ne sont pas connues des professionnels, donc peu voire pas du tout utilisées.

Dans les cas de confusion, une sédation sera plus souvent nécessaire pour réaliser le bilan somatique, mais cette sédation doit être mesurée et de courte durée. Les recommandations aujourd'hui sur ce sujet ne sont ni valides ni homogènes.

Objectifs stratégiques

Quatre objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Clarifier les deux situations pour les soignants et les familles en proposant des réponses concrètes.
- Prévenir ces situations « de crise » par un meilleur environnement et des techniques de soins adaptées.
- Restreindre la prescription au long cours de neuroleptiques et des traitements sédatifs (benzodiazépines) aux psychoses et aux syndromes délirants avérés.
- Ne prescrire ni neuroleptiques ni autre sédatif au long cours dans les troubles du comportement dits « productifs » du patient dément.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant en particulier la consommation des neuroleptiques et des benzodiazépines, notamment en EHPAD.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • MEPROBAMATE (Afssaps) : Restriction des indications et de la durée du traitement Suivi national des notifications de Pharmacovigilance 	<p>2007 2007- 2008</p>
<ul style="list-style-type: none"> • RECOMMANDATIONS (HAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ « modalités de sédation lors d'une confusion chez le sujet âgé » ○ « prise en charge des troubles du comportement dits « productifs » dans la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée » 	<p>2008 2008</p>
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE <ul style="list-style-type: none"> ○ diffusion du Guide des Bonnes Pratiques en EHPAD (DGS, SFGG) ○ diffusion de la formation à la bientraitance en établissement (SFGG – DGS -CPGF) : ○ <i>volet spécifique troubles du comportement</i> ○ guide « Prise en charge des troubles du comportement » pour les aides à domicile et aide soignantes (DGS - France Alzheimer) 	<p>fin 2007 2008 2009 2009</p>
<ul style="list-style-type: none"> • NOUVEAU METIER « EXPERT EN SOINS GERONTOLOGIQUE » personnel des EHPAD et établissements de santé, aides à domicile, (DGS – DGAS) 	<p>2008-2009</p>
<ul style="list-style-type: none"> • EVOLUTION DES MISSIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET COORDONNATEURS en EHPAD 	<p>2008-2009</p>
<ul style="list-style-type: none"> • FILIERE DE SOINS POUR LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX DU SUJET AGE (DGS-DHOS) : mettre à disposition des médecins généralistes une filière de soins adaptée en réfléchissant à la place des hôpitaux de jour gériatriques et psychogériatriques. 	<p>2008-2009</p>

Actions relatives à la recherche

CONSTITUTION D'UNE COMMISSION RECHERCHE

Il est proposé de constituer une commission dédiée aux projets de recherche afin d'aider au mieux à l'aboutissement des projets jugés prioritaires.

MISSIONS DE LA COMMISSION

- **BILAN DES APPELS D'OFFRE EN LIEN AVEC LA HAS ET SES PARTENAIRES**
- **PROPOSITION D'APPEL A PROJETS RECHERCHE HAS 2008** « Organisation des soins autour des personnes âgées »
- **DEMANDE DE THEME DE PHRC** « Psychotropes et sujet âgé »
- **IDENTIFICATION DES EQUIPES DE RECHERCHE POTENTIELLES**
- **PRIORISATION**

PROJETS DE RECHERCHE PROPOSES

Psychotropes

- Validation de stratégies d'arrêt des benzodiazépines ou médicaments apparentés (à partir des recommandations publiées)

Insomnie

- Effets de la luxthérapie, de la relaxation et de l'activité physique (à mettre en œuvre par des professionnels non médecins) sur le sommeil du sujet âgé.
- Optimisation du diagnostic et de la prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil chez le sujet âgé : méthodes pour identifier les insomnies secondaires, notamment les troubles respiratoires et neurologiques (échelles d'évaluation/PHRC)
- Education thérapeutique : programmes de séquences éducatives par des médecins et des professionnels de santé non médecins

Dépression

- Etudes du rapport bénéfice risque des antidépresseurs chez les patients très âgés et chez les patients atteints de démence
- Etude de l'efficacité et de la faisabilité des alternatives non médicamenteuses (hors TCC) dans les épisodes dépressifs caractérisés
- Evaluation d'une prise en charge globale (pathologie somatique - environnement — psychologie) pour les symptômes dépressifs (hors épisode caractérisé) chez le sujet âgé

Anxiété

- Elaboration d'une évaluation de stress spécifique au sujet âgé
- Etude de la représentation de l'anxiété et des traitements de l'anxiété du sujet âgé chez les malades, médecins et soignants.

Troubles du comportement

- Etude comparative de différentes stratégies de prise en charge des états confusionnels du sujet âgé en milieu hospitalier (urgences, services)
- Etude comparative de différentes stratégies de prise en charge des troubles du comportement productifs du sujet âgé

Pharmacologie des psychotropes et sujet âgé

- Evaluation du potentiel de pharmacodépendance des médicaments en automédication (doxylamine*, antiH1)
- Evaluation des effets résiduels des psychotropes chez le sujet âgé
- Effet cognitif à court et long terme des psychotropes chez le sujet âgé
- Conduite des études de pharmacologie chez le sujet âgé
- Evaluer la dépendance aux benzodiazépines ou apparentés chez des sujets âgés de 65 ans ou plus consommateurs réguliers

Projets en cours ou déjà financés :

- *Adaptation et modélisation des thérapies cognitivocomportementales chez le sujet âgé dans les indications principales (insomnie, dépression, anxiété)*
- *Validation d'échelle de dépistage de la dépression pour les soignants (PHRC OMAGE)*
- *Recherche-action sur les alternatives non médicamenteuses en EHPAD : évaluation de l'efficacité de la formation des soignants aux techniques de soins appropriées à la prise en charge des troubles du comportement.*
- *Etude des prévalences des pathologies mentales en EHPAD INVS*
- *Etude multicentrique sur l'évaluation des techniques de soins en établissement de santé et en EHPAD (PHRC)*
- *Etudes sur les représentations sociales du sommeil, des troubles du sommeil et des moyens de les prévenir (grand public, y compris personnes âgées) - INPES*

SUIVI OPERATIONNEL

De nombreux travaux de recherche, enquêtes épidémiologiques ou analyses de données de prescription, relatifs aux psychotropes et au sujet âgé, sont entrepris ou programmés par les participants au groupe de coopération. Leur liste est détaillée ci-dessous. La mutualisation des données essentielles au sein d'un tableau de bord « Psychotropes chez le sujet âgé », permettra à tous de suivre l'impact des actions concertées et coordonnées. Il est proposé un suivi opérationnel autour de ce tableau de bord, particulièrement ciblé sur quelques actions phares significatives. Un groupe de travail dédié « Tableau de bord Psychotropes et sujet âgé » est mis en place afin de préciser le contenu opérationnel et la forme de ce tableau de bord, au regard des conclusions du groupe de coopération. Un groupe de suivi opérationnel devra être constitué notamment avec des représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Données de suivi disponibles

<h3>ACTIONS</h3>	<h3>CALENDRIER</h3> <p>envisageable</p>
<p>Constitution du tableau de bord : mutualisation et sélection des données (HAS et groupe de coopération)</p>	<p>Groupe de travail « Tableau de bord » 4^{ème} trimestre 2007</p>
<p>Données relatives aux psychotropes et aux pathologies</p>	
<p>1. SUIVI GLOBAL des PSYCHOTROPES chez les plus de 75 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Benzodiazépines (BZD), hypnotiques, antidépresseurs b. consommation d'anti H1, méprobamate c. primo prescription de BZD et apparentés par tranches d'âge d. neuroleptiques injectables <p>CNAMTS, RSI, MSA : selon les données déjà disponibles et sur Epibam</p>	<p>1. 2008</p>
<p>2. ETUDE SANTE MENTALE en EHPAD (INVS) : prévalence des troubles mentaux et traitement complet dont les psychotropes</p>	<p>2. étude pilote 2^{ème} semestre 2008</p>
<p>3. PRESCRIPTIONS EN EHPAD (DGS) : mise en place d'une informatisation des prescriptions permettant une analyse des prescriptions de psychotropes</p>	<p>3. à étudier</p>
<p>4. ENQUETE SENTINELLE (INVS) : enquête auprès de médecins généralistes sur la prescription de psychotropes chez le sujet âgé à domicile</p>	<p>4. fin 2007</p>
<p>5. PHARMACOVIGILANCE SUJET AGE (Afssaps) : suivi des notifications et effets indésirables graves chez les plus de 70 as</p>	<p>5. 2008</p>
<p>6. ENQUETE SOMMEIL (IRDES/INVS) : recueil déclaratif des troubles du sommeil et des traitements (module spécifique dans une enquête de santé et protection sociale)</p>	<p>6. 2008</p>
<p>7. ENQUETE IMS health (Afssaps) : tendance de consommation des psychotropes notamment des médicaments en vente libre (antiH₁)</p>	<p>7. 2008</p>
<p>8. REQUETE EPIBAM (INVS) : durée de traitement par antidépresseurs</p>	<p>8. 2008</p>
<p>9. TAUX DE SUICIDE (données disponibles INSERM) chez les plus de 75 ans</p>	<p>9. disponibles chaque année</p>
<p>10. PROGRAMME MOBIQUAL « Dépression du sujet âgé » (DGS SFGG, CPGF, FFP) en EHPAD et en ambulatoire</p>	<p>10. sept 2007-juin 2008</p>
<p>11. BILAN DE L'EXPERIMENTATION « CONSULTATION DE PREVENTION » (DGS) au cours de laquelle la dépression est abordée</p>	<p>11. 2007-2008</p>
<p>12. ETABLISSEMENT DE SANTE (Groupe de travail « Tableau de bord »)</p> <p>Données relatives aux professionnels mobilisés sur le sujet des psychotropes</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES d'évaluation des pratiques sur les psychotropes (HAS) • MEDECINS ENGAGES dans ces programmes (HAS) 	<p>12. faisabilité à évaluer</p> <p>2008 (annuel)</p> <p>2008 (annuel)</p>

Actions phares

Ces actions prévisionnelles seront adaptées aux contraintes opérationnelles et enrichies des retours des praticiens. Certains membres du groupe de coopération se sont proposés pour s'impliquer sur ces actions et le suivi opérationnel dans le cadre de la démarche participative. Ces travaux ayant vocation à s'enrichir de tous les acteurs de la thématique, d'autres participants pourront également être associés. Un groupe de suivi opérationnel devra être constitué notamment avec des représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Indicateurs généraux	Axes stratégiques	Actions phares	Référents pour le suivi opérationnel	Indicateurs spécifiques	Année
tableau de bord général de consommation des psychotropes en France	Optimisation de la prescription chez le sujet âgé en ambulatoire, application aux psychotropes	programmes pilotes en médecine ambulatoire PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) en lien avec les pharmaciens et autres partenaires	William JUNOD Ordre des Médecins Jean LAMARCHE Ordre des Pharmaciens Sylvie LEGRAIN Sandrine BUSCAIL Haute autorité de santé	Nb de médecins et de pharmaciens dans le programme Consommation de psychotropes	2008 2009
	Dépression du sujet âgé	programmes « Dépression du sujet âgé » pour les professionnels de santé en EHPAD et en médecine générale	Philippe ROBERT Fédération française de psychiatrie Genéviève RUAULT Société française de gériatrie et de gérontologie Marcel-jean MILLOT Direction générale de la santé	Nb de médecins entrés dans le programme % fiche de suivi dépression renseignée dans le dossier patient Consommation et durée de traitement par antidépresseurs	2008
	Benzodiazépines, troubles du sommeil et anxiété	campagne Grand public : "Insomnie et somnifères, anxiété et anxiolytiques"	Joel BELMIN Société française de gériatrie et de gérontologie Jean-Pierre GIORDANELLA Plan Sommeil Isabelle DESSALLES Haute autorité de santé	Consommation de benzodiazépines	2009
	Troubles du comportement et maladie d'Alzheimer	diffusion de la formation à la bientraitance en établissement (SFGG – DGS -CPGF) : volet spécifique troubles du comportement	Alain FRANCO Collège professionnel des gériatres français Nathalie MAUBOURGUET-AKE Fédération des Médecins coordonnateurs en EHPAD Benoit LAVALLART Direction générale de la santé	Consommation de neuroleptiques 2008 - 2009 Nb de programmes EPP	2009
	Améliorer le langage et les outils de prescription	homologation des classes pharmacothérapeutiques pour une mise à disposition des professionnels	Olivier BLIN Société française de pharmacologie et de thérapeutique Omar TARSISSI Mutualité Sociale Agricole Nathalie RIOLACCI Valérie IZARD Haute autorité de santé	Constitution du tableau de bord fin 2007 avec classes pharmacothérapeutiques Psychotropes Mise à disposition principales classes pharmacothérapeutiques fin 2008	2008
	Recherche	Programme de recherche sur les psychotropes	Jean DOUCET Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique Sylvie LEGRAIN Société française de gériatrie et de gérontologie Armelle DESPLANQUES Haute autorité de santé	Nb de projets de recherche menés en 2008-2009	2008 2009

SOMMAIRE DU RAPPORT COMPLET

RESUME

METHODOLOGIE PARTICIPATIVE

DEMARCHE GENERALE

ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE DE SANTE

ELABORATION DE PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCERTEES COORDONNEES

SUIVI OPERATIONNEL

APPLICATION :

« AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE »

PARTICIPANTS & CALENDRIER DES REUNIONS

PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMELIORATION CONCERTEES COORDONNEES

- ACTIONS GENERALES
- ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU SOMMEIL
- ACTIONS RELATIVES A LA DEPRESSION
- ACTIONS RELATIVES AUX SIGNES ANXIEUX
- ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT
- ACTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE

SUIVI OPERATIONNEL

- DONNEES DE SUIVI DISPONIBLES
- ACTIONS PHARES

RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL POUR L'ELABORATION DES ACTIONS

- TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LE SUJET AGE
- DEPRESSION ET SIGNES ANXIEUX CHEZ LE SUJET AGE
- TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LE SUJET AGE
- PHARMACOLOGIE DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE
- INITIATIVES- RETOURS D'EXPERIENCE

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

- MODALITES D'ARRET DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT AGE

LISTE DES ABREVIATIONS

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AM : Assurance Maladie
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANESM : Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale
APNET : Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la Thérapeutique
BZD : Benzodiazépines
CPGF : Collège Professionnel des Gériatres Français
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE : Collège National des généralistes enseignants
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPGF : Collège Professionnel des Gériatres Français
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
FFAMCO : Fédération française des associations des médecins coordonnateurs en EHPAD
FFP : Fédération Française de Psychiatrie
FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
FNMF : Fédération nationale de la Mutualité Française
GT : groupe de travail
HAS : Haute Autorité de santé
INPES : Institut National de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OPEPS : Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé
PMSA : prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche clinique
RSI : Régime Social des Indépendants
SA : Sujet âgé
SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFPT : Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique
SFDRMG : Société Française de documentation et de recherche en médecine générale
SFMG : Société française de médecine générale
SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste
TCC : Thérapies Cognitivo-comportementales
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union régionale de médecins libéraux

