



Thérapeutiques médicamenteuses adaptées à la personne âgée

Réunion du 10/10/ 2013 - 9h30 à 11h30, au REQUA

Chargée de mission :
Juliette DUCHENE

Etablissements représentés

| Nom de l'établissement | Nom des personnes présentes |
|------------------------------------|--|
| CH Morteau | K. ROMAND |
| CHI Vesoul | Dr C. CANO C. BOULLAULT |
| CLS Bellevaux | E. FEIN |
| CDS Tilleroyes / CLS Avanne | A. HENON |
| CLS Avanne | Dr J-C. BASSIGNOT |
| CRF Quingey | C. MENAT |
| AHFC | Dr J-M. TALON A. CHOLLEY-DEGUELDRE |
| CH Pontarlier | Dr E. NGAMBA MC. BARNOUX |
| REQUA | J. DUCHENE Dr V. DAUCOURT M. DUCARME |
| Excusés | |
| CH SLD Lechenois | S. ARMAND-BRANGER |
| GCS EHPAD du territoire de Belfort | Dr N. DUFAURE |
| CDS Tilleroyes | Dr M. IEHL ROBERT |

Questions abordées et relevé de décisions

1) Point sur l'utilisation de l'outil de revue de prescription des psychotropes chez la personne âgée.

CLS BELLEVAUX :

Outil testé sur 30 prescriptions en EHPAD par un binôme médical conduit par le Dr Bonin. Aucune modification de traitement n'a été proposée. Les médecins étaient déjà au clair sur les recommandations existantes concernant la prescription de psychotropes chez la personne âgée, et ne prescrivent plus d'antihistaminiques, d'antidépresseurs tricycliques ou encore de neuroleptiques phénothiazidiques chez la personne âgée.

Le Dr Bonin propose cependant d'ajouter les critères suivants dans l'outil :

- STOPP BZD à demi-vie longue ou intermédiaire
- STOPP prescription égale ou supérieure à 2 BZD

CH MORTEAU :

Outil testé au cours de 11 revues réalisées par la pharmacienne avec 10 médecins libéraux. Confirme que certains critères ne sont jamais sélectionnés car les molécules ne sont pas prescrites en France comme les phénothiazines. D'autres critères ont été ajoutés pour engager la réflexion sur la prescription au long court d'IPP, d'AINS, sur le respect des médicaments disponibles au livret thérapeutique « personne âgée », sur la posologie du paracétamol.

Plusieurs propositions sont faites par K. Romand au groupe :

- Synthétiser les critères 1 à 6 **en 1 critère STOPP**, Antidépresseurs tricycliques (TCA) de façon générale
- Ajouter un critère AUTRE, Inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) en 1^{ère} intention en cas d'instauration d'un traitement antidépresseur chez la personne âgée.
- Retirer le critère 10 STOPP, Phénothiazines car jamais utilisé.
- Retirer le critère 11 STOPP, antihistaminiques de 1^{ère} génération.

En conclusion, l'outil n'a pas permis de diminuer beaucoup le nombre de lignes de prescription mais a permis d'obtenir de meilleures prescriptions. Les médecins étaient satisfaits des échanges et de la présentation du livret thérapeutique « personne âgée ».

CHI de Haute-Comté :

Outil testé sur 1 unité d'EHPAD de 42 lits. Difficulté à s'approprier l'outil Excel™ et à comprendre vers quels patients orienter le 2^{ème} tour. Rappel par Juliette Duchêne de l'intérêt pédagogique de l'outil, et non de suivi. Proposition de réaliser le 2^{ème} tour sur les prescriptions qui ont fait l'objet d'une proposition de changement au 1^{er} tour puis analyse des prescriptions d'une autre unité.

Plusieurs propositions sont faites par MC. BARNOUX et le Dr NGAMBA :

- Laisser la possibilité d'ajouter le nom de l'unité ou du service.
- Faire préciser le type de psychotropes prescrits AVANT analyse après le critère « nombre de psychotropes prescrits ».
- Faire un menu déroulant de réponses aux capacités de déglutition : normale / altérée.
- Dans les données de suivi à distance, à la question « les modifications ont-elles pu être appliquées ? » , ajouter un menu déroulant : oui / **en partie** / non.

CHI de la Haute-Saône :

L'outil STOPP and START a été utilisé dans sa version originale lors d'une revue où chacun des 7 participants a apporté une prescription. Beaucoup d'échanges, particulièrement sur les médicaments cardio-vasculaires. Le critère START « traitement antidépresseur en présence d'un syndrome dépressif » a été utilisé une fois chez une patiente entrante.

Il est prévu d'organiser une revue d'1h tous les mois sur Lure. Ce dispositif sera ensuite étendu sur la MASPA 70 et aux EHPAD.

L'outil Excel™ a semblé trop compliqué à utiliser et C. BOULLAULT a préféré construire son outil Excel™ propre et adapté à l'ensemble des classes thérapeutiques.

Cependant les critères de l'outil STOPP START version originale nécessiteraient une remise à jour et une adaptation aux recommandations françaises.

2) Intervention du Dr JM TALON chef du secteur Psychiatrie du sujet âgé à l'AHFC

- Constations :
 - o trop de prescriptions de psychotropes chez la personne âgée,
 - o durée des prescriptions trop longue
 - o crainte des médecins de diminuer les traitements psychotropes par peur des récives d'épisodes (mélancoliques, anxieux...)
 - o discours parfois en contradiction avec celui du médecin traitant qui dit au patient de ne surtout rien arrêter.

- Recommandations chez la personne âgée:
 - o Se préoccuper de retirer un psychotrope sur la prescription quand on en ajoute un.
 - o Démarrer un traitement à la moitié de la posologie adulte, voire à un quart de la posologie recommandée pour l'adulte s'il s'agit de neuroleptiques (« Start low »).
 - o Prendre le temps d'adaptation du traitement pour trouver la dose minimale efficace (« Go slow »).
 - o Les neuroleptiques sont à prescrire en dernière intention, après le traitement étiologique, les mesures non médicamenteuses et les mesures médicamenteuses autres. Mais ils peuvent s'imposer quand le patient devient dangereux pour lui-même ou les autres, lors d'une trop grande fatigue de l'aidant...
 - o Privilégier les actions environnementales et étiologiques avant toute prescription d'un neuroleptique.
 - o Lorsque le traitement neuroleptique est mis en place, surveiller de façon rapprochée la balance efficacité / tolérance pour pouvoir diminuer la posologie de façon à diminuer les effets secondaires fréquents (constipation, chute...) et à trouver la posologie minimale efficace, avec comme objectif final l'arrêt du traitement si possible.

Le Dr NGAMBA explique qu'il a tenté de réduire la prescription de neuroleptiques de 3 molécules à une, chez un patient de l'unité Alzheimer fermée de l'EHPAD du CHI de Haute-Comté. L'essai n'a pas été concluant et les neuroleptiques retirés ont été réintroduits.

Le Dr TALON répond que la démarche a été la bonne même si l'essai n'a pu être finalement suivi.

Le Dr CANO s'interroge sur l'intérêt des antidépresseurs à faible dose. Le Dr TALON répond qu'une faible dose n'est pas efficace pour une action antidépresseur (la posologie efficace chez la personne âgée étant généralement la même que chez l'adulte jeune), mais que l'effet hypnotique peut suffire pour éviter la prescription d'autres psychotropes, alors pourquoi pas.

« **START LOW, GO SLOW** » est la devise à suivre.

MC BARNOUX pose la question du Seresta souvent prescrit par ½ comprimé alors que le comprimé n'est pas sécable et que cela entraîne des problèmes de pharmacodynamie.

C BOULLAULT propose d'orienter dans ce cas le prescripteur vers un médicament correspondant approprié, avec l'aide de tableau de correspondance tel que le tableau des équivalences d'Ashton pour les benzodiazépines

(<https://sites.google.com/site/sevrageauxbenzodiazepines/Home/les-benzodiazepines-plus-dangereuses-qu-on-ne-le-pense>) ou le Répertoire Commenté des Médicaments Belges (<http://www.cbip.be/>)

Le Dr JM TALON poursuit :

- En cas d'agitation importante :
 - o **Mesures non médicamenteuses en 1^{ère} intention** : prendre en compte l'évolution de la maladie, de l'environnement, la relation avec les soignants, renforcer les rythmes du sommeil ...)
 - o **En 2^{ème} intention** introduire un **traitement thymo-régulateur anticonvulsivant** : Carbamazépine (Tegretol) (mais problème de tolérance et d'interactions), acide valproïque (Dépakine) (mieux toléré) pour diminuer l'impulsivité notamment.
 - o **En dernière intention** seulement, introduire un **neuroleptique atypique** : rispéridone (Risperdal), olanzapine (Zyprexa) (mais problème de tolérance) ou quetiapine (Seroquel) (effets indésirables tels que hyperthyroïdie, prise de poids et diabétogène)
 - o Le Tercian est à utiliser de manière transitoire et à arrêter rapidement
 - o Une surveillance par ECG notamment sur l'allongement de l'intervalle QT est à prévoir.
 - o Les **neuroleptiques de 1^{ère} génération sont à bannir !**
- Le Dr JM TALON propose d'ajouter les critères suivants à l'outil :
 - Critère STOPP : neuroleptique de 1^{ère} génération (autre que NL atypique)
 - Critère AUTRE : si antidépresseur, IRS privilégié.
- Dans la démence évoluée quand arrêter les antidépresseurs ?
 - o Ce traitement est rarement délétère dans cette pathologie, s'interroger plutôt sur l'arrêt des benzodiazépines.
- Quelle est la place des anticholinergiques dans les syndromes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques ?
 - o S'attaquer à la cause, au médicament responsable du syndrome, en réduisant la posologie, en changeant de neuroleptique, en réévaluant la balance efficacité-tolérance de façon rapprochée. La démarche chez la personne âgée doit toujours être orientée vers la réduction des posologies voire l'arrêt du psychotrope (alors que chez l'adulte la démarche va être orientée vers le long cours).
- Lors d'un switch de neuroleptique, une hospitalisation est-elle justifiée ?

Oui

3) **En conclusion : quelles modifications de l'outil ?**

- Synthétiser les critères 1 à 6 **en 1 critère STOPP**, Antidépresseurs tricycliques (TCA) de façon générale
- Ajouter un critère AUTRE, En cas de prescription d'antidépresseur chez la personne âgée, Inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) à privilégier.
- Retirer le critère 10 STOPP, Phénothiazines car jamais utilisé.
- Retirer le critère 11 STOPP, antihistaminiques de 1^{ère} génération.
- Ajouter un critère STOPP prescription égale ou supérieure à 2 BZD
- Laisser la possibilité d'ajouter le nom de l'unité ou du service.

- Faire préciser le type de psychotropes prescrits AVANT analyse après le critère « nombre de psychotropes prescrits ». À faire figurer également APRES analyse
- Faire un menu déroulant de réponses aux capacités de déglutition : normale / altérée.
- Dans les données de suivi à distance, à la question « les modifications ont-elles pu être appliquées ? » , ajouter un menu déroulant : oui / **en partie** / non.
- Ajouter un critère STOPP : neuroleptique de 1^{ère} génération (autre que NL atypique)
- Ajouter un critère AUTRE : En cas de prescription de neuroleptique au long cours, tentative de diminution ou d'arrêt du traitement
- -Ajouter un critère STOPP : médicaments non adaptés à la personne âgée selon livret de l'établissement

4) Inclusion de critères d'autres classes thérapeutiques dans l'outil ?

Le groupe s'accorde sur le choix d'introduire des critères STOPP/START/AUTRE sur les classes thérapeutiques suivantes :

- Médicaments à visée gastro-intestinale
- Médicaments à visée antalgique

Des critères concernant ses classes thérapeutiques seront proposés à la prochaine réunion.

Une proposition est lancée pour ensuite s'intéresser aux médicaments cardio-vasculaires et notamment aux anti-hypertenseurs, en projetant d'inviter un cardiologue.