

L'armoire à pharmacie du sujet âgé

UE123C

P. Hindlet – Pharmacie clinique

Objectifs pédagogiques

■ Objectifs

- Connaître les particularités de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé
- Savoir prévenir, détecter et corriger l'iatrogénèse médicamenteuse

■ Connaissances préalables

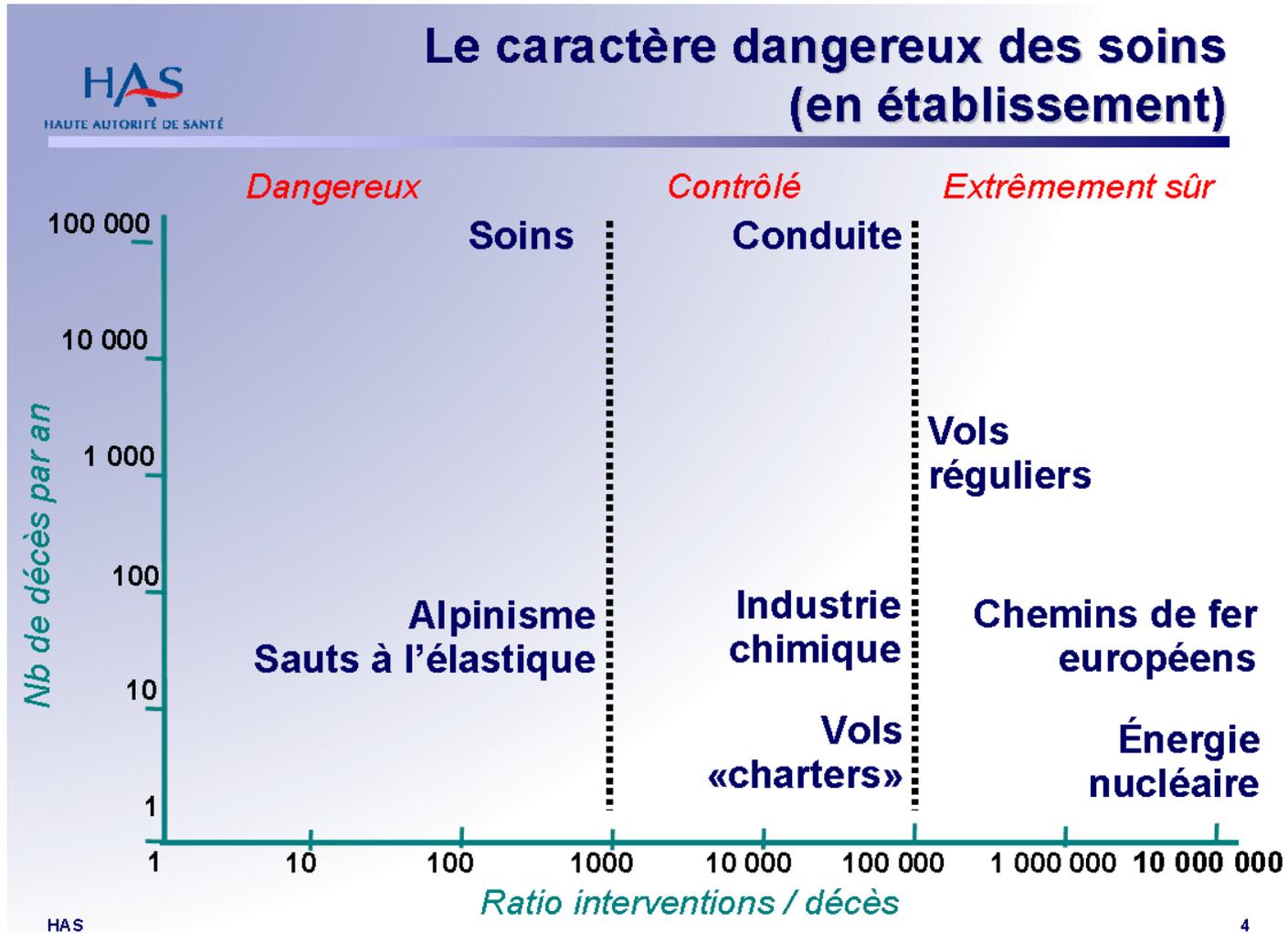
- Définition et interprétation des principaux paramètres pharmacocinétiques
- Modifications physiopathologiques liées au vieillissement

A quoi cela ressemble-t-il ?



b11709 www.fotosearch.com

Le soins est-il dangeureux ?



1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

Problématique de la prise en charge du sujet âgé

Un médicament : à quoi cela sert-il?

■ Pour le patient

- Guérison d'une maladie
- Ralentissement d'une évolution et prévention des complications
- Soulagement des symptômes
- Amélioration de la qualité de vie
- Augmentation de l'espérance de vie

■ Pour la société

- Maintien de l'autonomie
- Prévention des hospitalisations

MEDICAMENT = CHANCE

Problématique de la prise en charge du sujet âgé

Un médicament = risques?

- 30397 sujets, âge moyen : 74,7 ans
- 1523 évènements indésirables médicamenteux
- 27,6 % évitables
- Erreurs:
 - 58,4% prescription initiale
 - 60,8% suivi
 - 21,1% observance
- Médicaments impliqués :

▪ Cardiovasculaires		26%
▪ Anti-infectieux	14,7%	
▪ Diurétiques		13,3%
▪ Antalgiques non-opioïdes		11,8%
▪ Anticoagulants	7,9%	

Problématique de la prise en charge du sujet âgé

1. Excès de traitement : **overuse**

- Pas d'indication ou indication n'existe plus
- Médicament avec service médical rendu insuffisant (SMR)

2. Insuffisance de traitement : **underuse**

- Cardiologie (HTA, ACFA, IC...), Ostéoporose, Dépression...

3. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) : **misuse**

- Rapport bénéfice/risque défavorable chez le sujet âgé
- Bénéfice discutable par rapport à d'autres alternatives
- Facteur de décompensation

Problématique de la prise en charge du sujet âgé

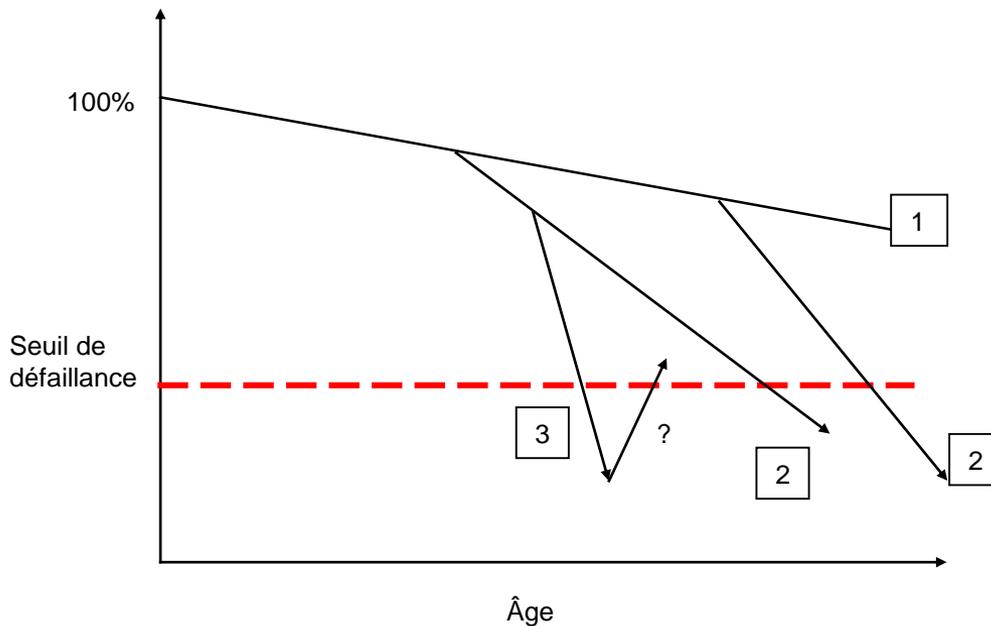
- Prescription inappropriée: 2.9-40% (9% en France)
- Sous-prescription: 22.7-74%
- Facteurs de risques
 - Âge, polymédication, plusieurs médecins
- Conséquence
 - Augmentation des événements indésirables
 - Augmentation morbi-mortalité
 - Augmentation des coûts

Prise en charge du patient âgé

Vieillissement physiopathologique

Diagramme de Bouchon

Fonction d'organe



- 1 → Vieillesse physiologique
- 2 → Pathologies chroniques
- 3 → Pathologies aiguës
 ↳ **Pathologies iatrogènes**

D'après Bouchon, 1984

Prise en charge du patient âgé

Vieillesse physiologique (normal)

- Réserves fonctionnelles diminuent avec l'âge
- MAIS compensation d'autres organes

- Surdité → trouble de l'équilibre

MAIS compensation par proprioception et informations visuelles

Prise en charge du patient âgé

Vieillesse pathologique

- **Pathologies et non âge sont des facteurs de décompensation**
- **Maladies chroniques**
 - ↗ fréquence (4-6 pathologies en moyenne)
- **Affections aiguës/iatrogénie**
 - Facteurs de décompensation
 - Phénomène de cascade

Prise en charge du patient âgé

Facteurs à prendre en compte

1. Pathologies chroniques et aiguës

- Diagramme de Bouchon

1. Particularités du patient âgé

- Modifications **pharmacocinétiques**
- Modifications **pharmacodynamiques**

3. Environnementaux et sociaux

- Isolement, dépendance

4. Les déficits

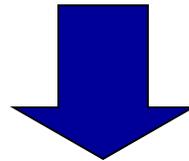
- Visuel-auditif
- Praxique
- Démence



Prise en charge du patient âgé

Facteurs à prendre en compte

- Si association des différents facteurs → Notion de « frail elderly »
= personne âgée fragile



1. Débuter avec des doses faibles, augmenter progressivement

START LOW, GO SLOW

2. Choix raisonné des médicaments

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

Les médicaments à risque

Les antihypertenseurs et dérivés nitrés (1)

- Insuffisance rénale
- Déshydratation/troubles hydro électrolytiques (associations+++)
- Risque d'hypotension orthostatique
- Diurétiques
 - Si $Cl_{\text{créat}} \geq 30 \text{ mL/min}$: thiazidiques
 - Si $Cl_{\text{créat}} < 30 \text{ mL/min}$: furosémide
- IEC/ARA II
 - Kaliémie, hydratation



Les médicaments à risque

Les antihypertenseurs et dérivés nitrés (2)

■ β -bloquants

- Dans les collyres
- Bradycardie+++ (+amiodarone)
- Arrêt progressif (parfois plusieurs semaines)

■ Inhibiteurs calciques

- Nicardipine et nifédipine à libération immédiate
- Diltiazem-vérapamil \Rightarrow bradycardie

■ Dérivés nitrés

- Efficacité?
- Réévaluer si baisse d'activité
- Association avec les inhibiteurs de la phosphodiesterase





Les médicaments à risque

Les antiarythmiques

- Les anti-arythmiques
 - Traitement de la FA (↗ incidence avec âge)
 - Pas de classe I en cas de cardiopathie
- Digoxine
 - ↘ posologie
 - Seuil de toxicité < seuil des laboratoires

Les médicaments à risque

Les statines (1)



- Métabolisme hépatique pour la simvastatine, l'atorvastatine et la rosuvastatine
- Surveillance des transaminases
- Dosage des CK avant l'initiation puis en cas de symptomatologie musculaire
- Recommandations HAS 2017 !

Les médicaments à risque

Les statines (2)

- < 80 ans : même recommandation que chez les 40-65 ans
- Patient 80 ans et +

➤ pas d'instauration de prévention primaire

La prévention primaire a un intérêt si l'espérance de vie est suffisante. Un sujet en bonne santé de 80 ans a une espérance de vie de 5.2 ans

➤ maintien de la prévention primaire précédemment instaurée

- en fonction des autres facteurs de risque CV
- en absence d'EI ou IAM

➤ Prévention secondaire quel que soit l'âge



Les médicaments à risque

Les anticoagulants (1)

- Risque hémorragique majoré chez le patient âgé
- Prendre en compte
 - Les fonctions cognitives
 - Le contexte psychosocial
 - L'isolement éventuel
 - Les possibilités de surveillance

Les médicaments à risque

Les anticoagulants (2)



■ Héparines

- Clairance de la créatinine
- Surveillance (plaquettes, TCA)
- Prescrire en UI

■ AVK

- $\frac{1}{2}$ dose à l'initiation
- Nombreuses IAM (inducteurs/inhibiteurs, paracétamol)
- Insuffisance rénale
- Carnet de suivi+++



Les médicaments à risque

Les anticoagulants (3)

- **Anticoagulants directs**
 - Pas de surveillance biologique \Rightarrow banalisation ?
 - Antidote pour le dabigatran (Pradaxa[®])
 - Surveillance clairance de la créatinine, poids
- **Dans l'ACFA: aspirine ?**
 - Même risque hémorragique que les AVK
 - Moins efficace que l'apixaban



Les médicaments à risque

Les psychotropes (1)

- Non systématiques (peu d'effet préventif)
- Après toutes les autres mesures
- Réévaluation périodique
 - Délais d'action plus long
 - Balance bénéfique/risque
 - Période de wash-out



Les médicaments à risque Les psychotropes (2)

- Éviter les associations
- Anxiolytiques et hypnotiques
 - Traitements courts (rediscuter l'indication)
 - Planifier l'arrêt dès l'instauration
 - Préférer les $\frac{1}{2}$ vie courtes
- Antidépresseurs
 - Pas d'imipraminique en 1^{ière} intention
 - Médicaments potentiellement inappropriés
 - Attention à l'underuse!



Les médicaments à risque

Les psychotropes (3)

■ Neuroleptiques

- Médicaments potentiellement inappropriés
- Mortalité cardiovasculaire accrue
- Surveillance de signes extra-pyramidaux
- Surveillance espace QT
- ↗ risque troubles cognitifs, AVC, AIT ?
- Réévaluation régulière+++



Les médicaments à risque

Les psychotropes (4)

- **Thymorégulateurs**
 - Lithium
 - Clairance de la créatinine
 - Lithiémie
 - Tolérance neurologique
 - Acide valproïque
 - Manque d'étude+++
 - Asthénie
 - Carbamazépine : la mieux tolérée mais IAM

Les médicaments à risque

Les AINS

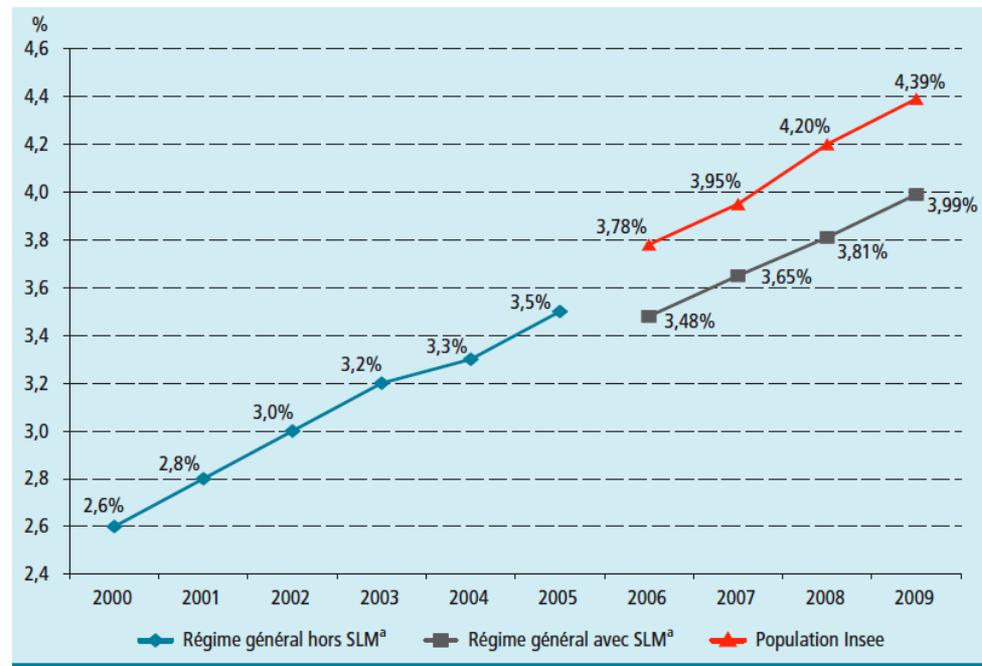


- **Utilisation prudente+++**
 - Après le paracétamol
 - Mauvaise tolérance digestive
 - Insuffisance rénale
 - Indications TRES restreintes
- **Risque de décompensation cardiaque**
- **Coxibs contre-indiqués si cardiopathie ischémique, maladie cérébro-vasculaire**

Les médicaments à risque

Les antidiabétiques (1)

- Augmentation de la prévalence du diabète (BEH 2009)



Les médicaments à risque

Les antidiabétiques (2)



- Adaptés à l'objectif thérapeutique

- Hypoglycémies

- 1.23/100pts/an sulfonylurées
- 2.76/100pts/an insuline

- Surveillance glycémique renforcée si pathologies intercurrentes

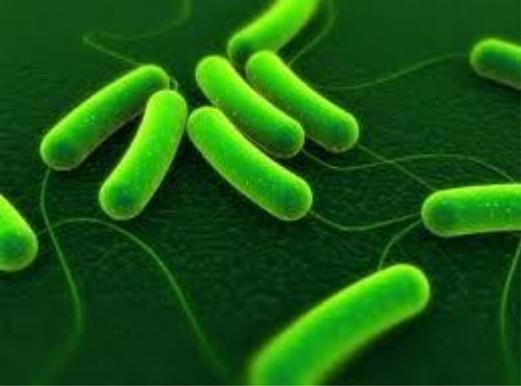
- Association ADO hypoglycémifiants et β -bloquants (diminution de la sensibilité)



Les médicaments à risque

Les antidiabétiques (3)

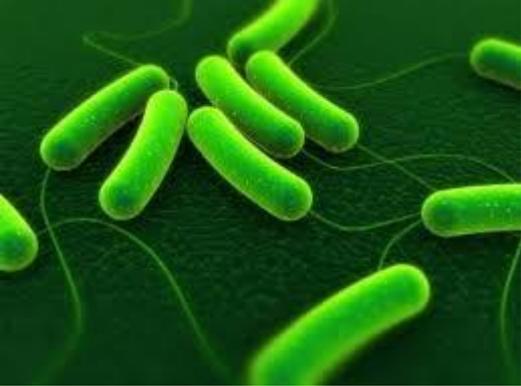
- Metformine si possible (Cl Créat > 30 mL/min)
- Bithérapie
 - Metformine-sulfamides t ½ courte ou glinide
 - Hypoglycémies (Ozidia[®] LP (glipizide) est CI)
- En cas d'insulinothérapie  hypoglycémies
 - Schéma simplifié (1 à 2 injections/j)
 - Prévoir une aide
- Inhibiteurs des α -glucosidases souvent mal tolérés
- Incrétinomimétiques+++



Les médicaments à risque

Les infections et les antibiotiques

- **Problème diagnostic**
 - Bactérie/virus
 - Infection/colonisation
- **Présentation frustrée et retard au diagnostic**
- **Retentissement sur les pathologies associées (diabète, IC...)**
- **Etat général du patient conditionne le succès**
 - Système immunitaire altéré
 - Fragilisation des barrières cutanéomuqueuses
 - Malnutrition
- **Réévaluer les traitements à 48-72h**



Les médicaments à risque

Les antibiotiques

- **Béta-lactamines**
 - Diarrhées, colites à *C. difficile*
 - Rash cutanés
- **Fluoroquinolones**
 - Confusion/convulsion!
 - colites à *C. difficile*
 - Tendinopathie (chez le sujet âgé?)
- **Macrolides**
 - Troubles digestifs+++
 - Interactions médicamenteuses (inh. enzymatiques sauf spiramycine)
- **Bactrim**
 - Hématotoxicité

Médicaments à marge thérapeutique étroite

- Idem population générale mais risque++ car :
 - Polymédication
 - Modifications PK/PD

- HBPM / HNF
 - AVK
 - L-thyroxine
 - Insuline
- } Suivi biologique

- Digoxine
 - Anticonvulsivants
 - Théophylline
 - Lithium
 - Aminosides
 - Vancomycine
 - Certains immunosupresseurs
- } Dosage du médicament



-
- Colchicine

Médicaments à risque chez le sujet âgé

Chutes



- Antihypertenseurs
- Benzodiazépines
- Atd tricycliques
- ICA libération immédiate
- Vasodilatateurs
- Myorelaxants
- ...

Chutes « simples »



Si association avec des antiagrégants
plaquettaire/anticoagulants

Chutes
+
hémorragies

Médicaments à risque chez le sujet âgé Somnolence / confusion

- Benzodiazépines à demi-vie longue
- Neuroleptiques cachés
 - Antinauséieux (phéniramine, métopimazine...)
- Antihistaminiques H1
 - Diphényldramine, doxylamine (hypnotique), hydroxyzine...
- Cimétidine

Médicaments à risque chez le sujet âgé

Médicaments anticholinergiques

- ➔ Glaucome par fermeture d'angle
- ➔ Constipation
- ➔ Rétention aiguë d'urine
- ➔ Troubles cardiaques

- | | |
|--|-------------------------------|
| ▪ Antidépresseurs tricycliques | ➔ ISRS, mianserine |
| ▪ Neuroleptiques | ➔ Antipsychotiques |
| ▪ Antihistaminiques H1 sédatifs | ➔ 2nd génération (cétirizine) |
| ▪ Néfopam | ➔ paracétamol |
| ▪ Antispasmodiques de l'instabilité vésicale | ➔ Tropsium |
| ▪ Bronchodilatateurs anticholinergiques | ➔ Béta2 mimétiques |
| ▪ Antiparkinsoniens anticholinergiques | ➔ Autres si possible |



Risques particuliers chez le sujet âgé

Désordres hydro-électrolytiques

- **Désordre kaliémie-natrémie**
 - Diurétiques
 - Laxatifs (stimulants +++)
 - ISRS
- **Retention hydrosodée – exacerbation IC**
 - AINS
- **Déshydratation**
 -  avec diurétiques-IEC-ARA2-AINS



Inducteurs/inhibiteurs enzymatiques

■ Inducteurs

- Antiépileptiques : carbamazépine, fosphénytoïne, phénytoïne, primidone, phénobarbital
- Rifabutine, rifampicine
- Efavirenz, étravirine, lopinavir, névirapine, ritonavir
- Millepertuis
- Griséofulvine
- ...

■ Inhibiteurs

- Amiodarone, dronédarone, diltiazem, vérapamil
 - **Macrolides+++**
 - **Antifongiques azolés+++**
 - Inhibiteurs de la protéase du VIH+++
 - Cimétidine
 - Imatinib, lapatinib, nilotinib, pazopanib
 - Fluoxétine
-



Médicaments néphrotoxiques

- Anti-infectieux : **aminosides, vancomycine, téicoplanine, amphotéricine B (injectable!)**, aciclovir, le valaciclovir, ténofovir, adéfovir, **ganciclovir, cidofovir**, pentamidine, **foscarnet** ;
 - Cytotoxiques : **méthotrexate**
 - Immunodépresseurs : **ciclosporine, tacrolimus**, sirolimus, évérolimus ;
 - Déférasirox ;
 - Lithium ;
 - les produits de contraste iodés ;
 - Ticagrélor ;
 - Fibrates
-

Prise en charge du patient âgé

Quand penser à un effet indésirable ?

- Hypotension ou chute
- Syndrome confusionnel
- Trouble hydro électrolytique
- Insuffisance rénale
- Troubles du rythme et de la conduction
- Accidents hémorragiques
- Symptômes anticholinergiques
- Hypoglycémies
- Accident de sevrage
- Troubles digestifs
- ...

**REFLEX
IATROGÉNIQUE**

Focus 1: Repérer une personne à risque d'EIM

Si vous répondez OUI à une des 5 questions, le patient a un risque d'événement indésirable médicamenteux

		O	N	?
1	Personne avec au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe ¹			
2	Personne avec au moins 10 prises quotidiennes de médicaments incluant l'automédication ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant ou 2 psychotropes			
3	Personne avec des difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies			
4	Personne avec antécédent d'effet indésirable lié au médicament			
5	Personne avec un accès aux soins limité ²			

Selon vous, la personne nécessite-t-elle une intervention spécifique pour réduire ce risque ?

¹ Cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique

² Isolement ou déni du patient, problèmes médico-économiques

En conséquence...

- Eviter les médicaments potentiellement inappropriés

= risques > bénéfices

- Rechercher les médicaments nécessaires

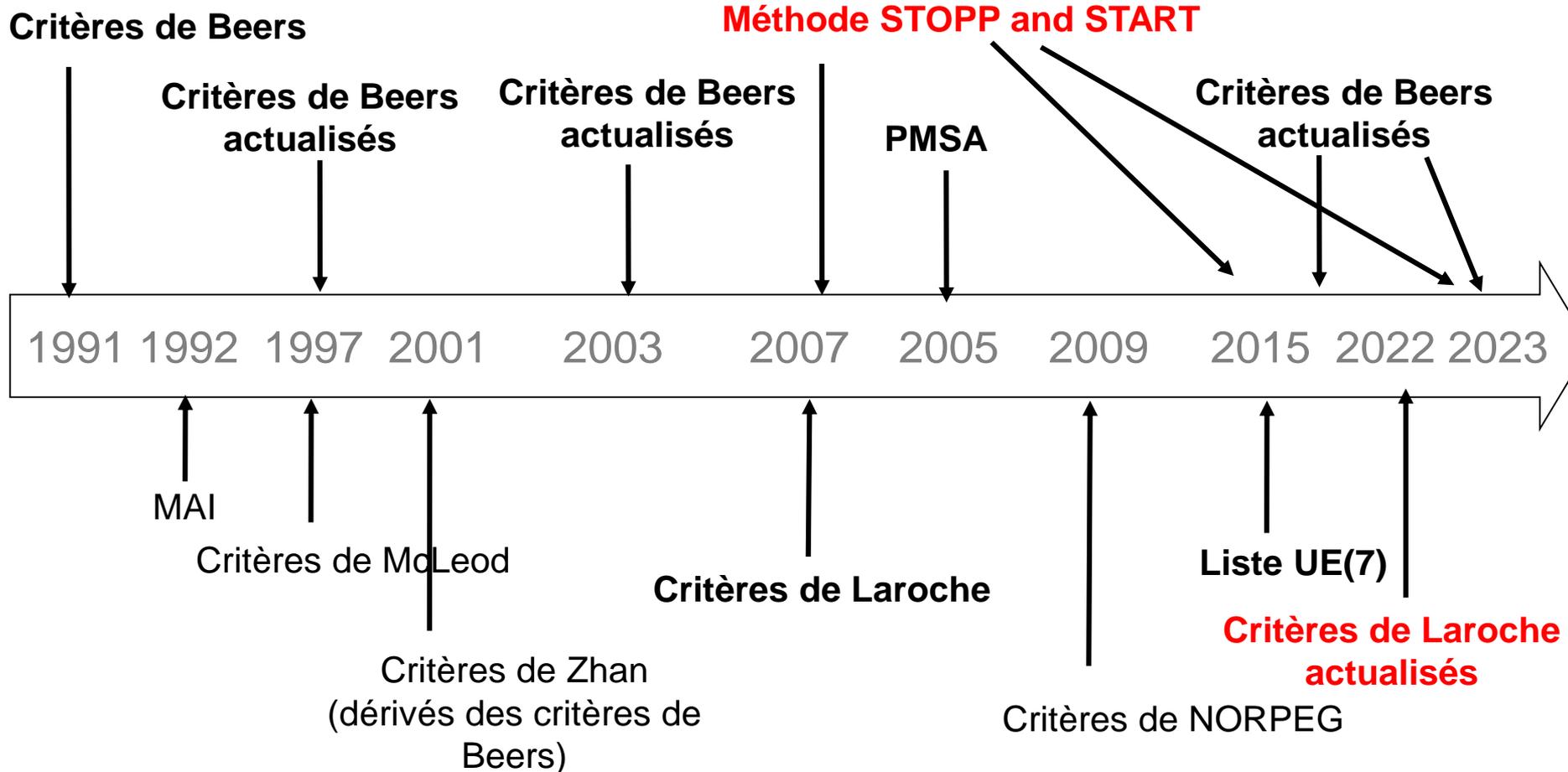
= bénéfices > risques

→ Nécessité d'outils d'aide au choix des traitements

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

Outils d'aide à la prescription

De nombreuses propositions !



Outils d'aide

De nombreuses propositions !

■ Critères explicites:

➔ Listes de médicaments/situations à risque

- Facile d'utilisation
- MAIS : Non transposable/Réévaluation périodique nécessaire

➔ Beers, Laroche, STOPP and START, UE(7)

■ Critères implicites:

➔ Fondés sur le raisonnement clinique

- Long
- MAIS : Transposable

➔ Medication Appropriateness Index, PMSA, STOPP and START

Critères de Beers

- Première liste 1991
- Réactualisation fréquente
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Critères explicites
- Liste américaine
- A utiliser avec d'autres outils (STOPP and START, MAI...)
- Application Iphone et Androïd



Critères de Beers

Critères de Beers

Âge \geq 65 ans



1. MPI quel que soit le patient
2. MPI si certaines pathologies présentes
3. Médicaments approprié mais à utiliser avec précautions
4. Médicaments avec de nombreuses IAM
5. Médicaments à adapter la fonction rénale

Avantages

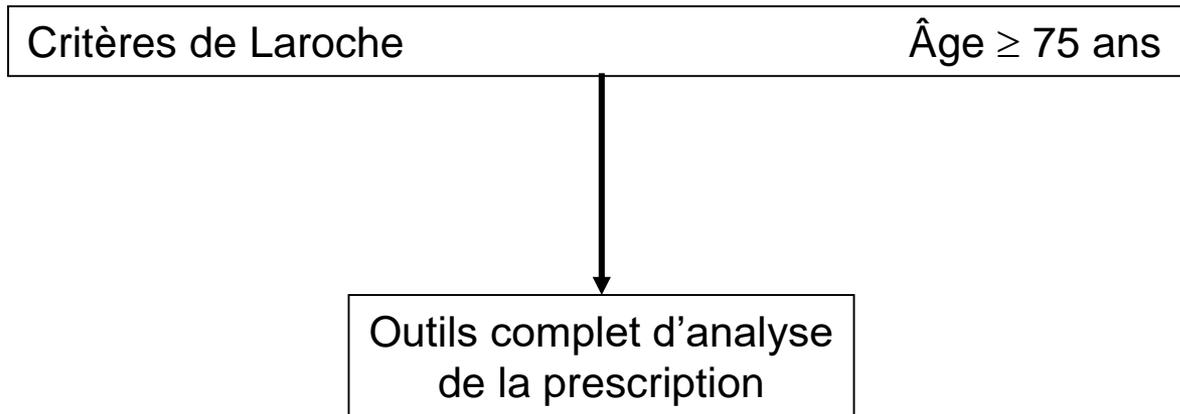
- Liste actualisé
- **Référence**
- Donne les niveau de preuve et force de recommandation
- Utilisation simple

Inconvénients

- Pas d'alternative proposée
- Liste USA

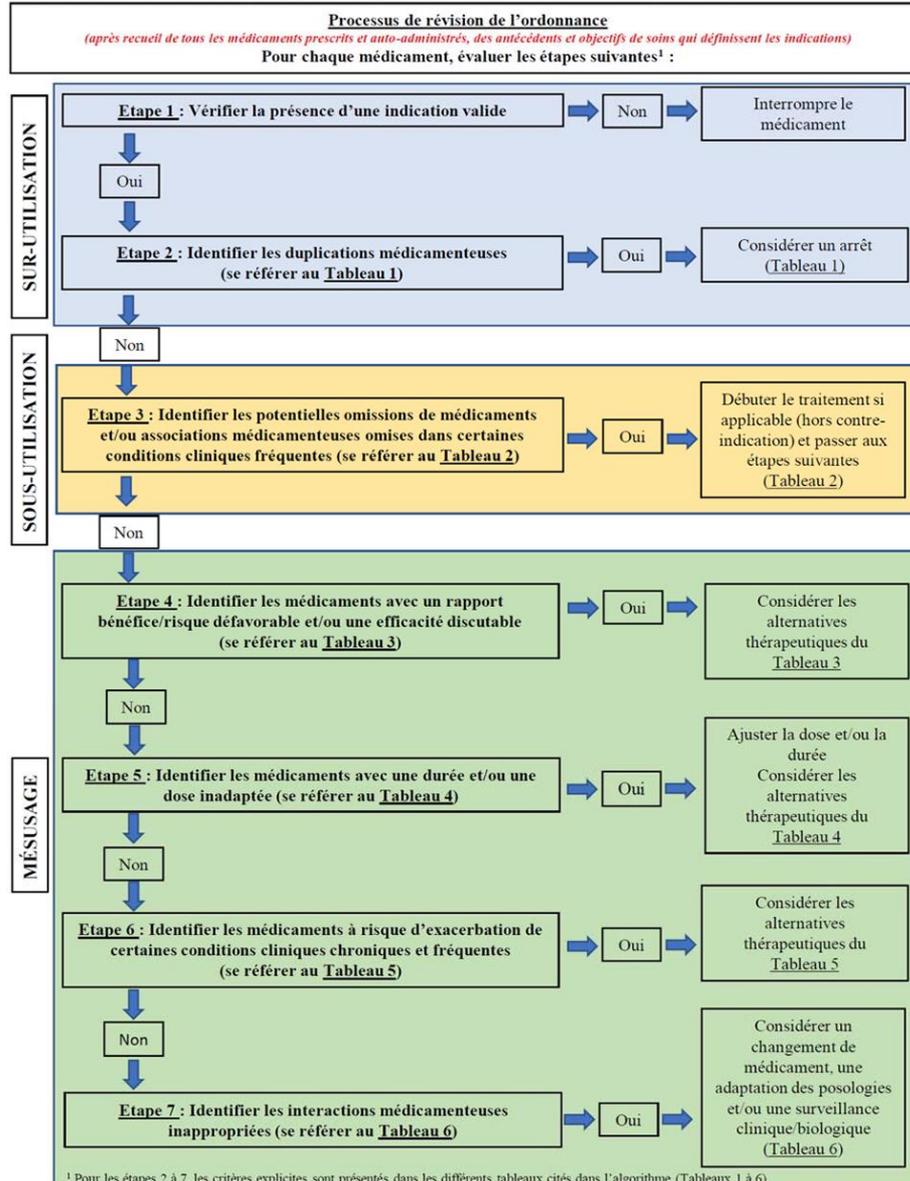
- Liste de 2007 puis 2022
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Liste française
- Critères explicites puis implicites (2022)

Critères de Laroche



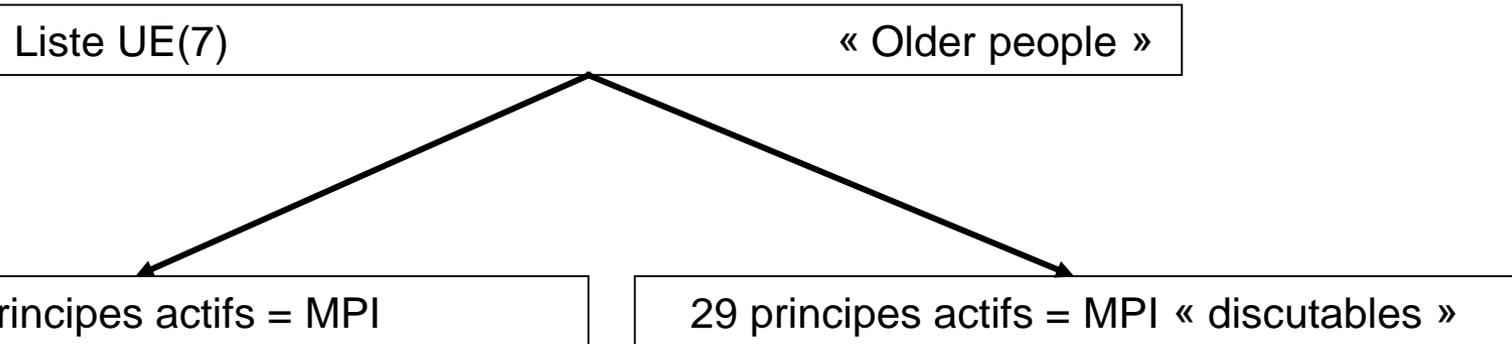
Avantages	Inconvénient
<ul style="list-style-type: none">→ Alternatives proposées→ Conduite à tenir→ Liste française→ Utilisation simple	→ ?

Figure 1 – Critères implicites pour optimiser les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées



- Liste de 2015
- Jugement d'experts (26) avec méthode
Delphi
- Liste européenne
- Critères explicites

Liste UE(7)



Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">→ Liste européenne→ Récente→ Adaptation de posologies et alternatives	<ul style="list-style-type: none">→ Non évaluée

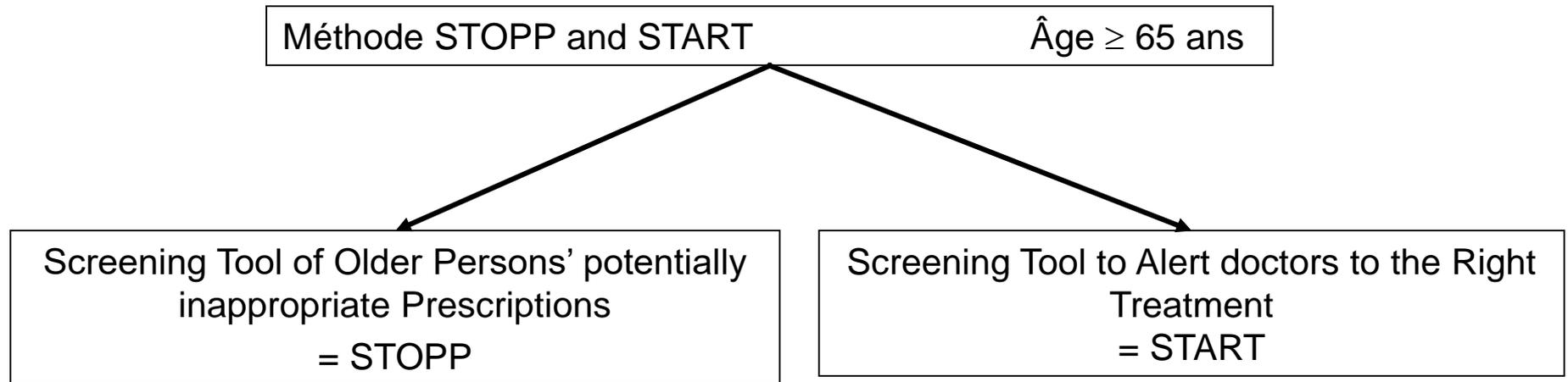
Table 1 PIM according to the EU(7)-PIM list^a

PIM	Main reason	Dose adjustment/special considerations of use	Alternative drugs and/or therapies
Drugs for peptic ulcer and gastro-oesophageal reflux			
Ranitidine	CNS adverse effects including confusion	CrCl <50 mL/min 150 mg q 24h (oral); 50 mg q 18–24 h (iv). E	When indication is appropriate, PPI (<8 weeks, low dose). E
PPI (>8 weeks) e.g. omeprazole, pantoprazole	Long-term high dose PPI therapy is associated with an increased risk of <i>C. difficile</i> infection and hip fracture. Inappropriate if used >8 weeks in maximal dose without clear indication		
Propulsives			
Metoclopramide	Antidopaminergic and anticholinergic effects, may worsen peripheral arterial blood flow and precipitate intermittent claudication	Short-term use and dose reduction; CrCl <40 mL/min 50 % of normal dose; maximum dose 20 mg/d; may be used in palliative care. E	Domperidone (<30 mg/d) if no contraindications. E
Laxatives			
Senna glycosides Sodium picosulfate	Stimulant laxative. Adverse events include abdominal pain, fluid and electrolyte imbalance and hypoalbuminemia. May exacerbate bowel dysfunction		Recommend proper dietary fibre and fluid intake; osmotically active laxatives: macrogol, lactulose. E, P
Antipropulsives			
Loperamide (>2 days)	Risk of somnolence, constipation, nausea, abdominal pain and bloating. Rare adverse events include dizziness. May precipitate toxic megacolon in inflammatory bowel disease, may delay recovery in unrecognised gastroenteritis	Start with a dose of 4 mg followed by 2 mg in each deposition until normalisation of bowel; do not exceed 16 mg/d; use no longer than 2 days; may be useful in palliative care for persisting non-infectious diarrhoea. E	Non-pharmacological measures, e.g. diet; phloroglucinol. E
Insulins and analogues			
Insulin, sliding scale	No benefits demonstrated in using sliding-scale insulin. Might facilitate fluctuations in glycemic levels	Lower doses to avoid hypoglycemia. E	Basal insulin. E

Méthode STOPP and START

- 2 listes publiées en 2007 et 2008, actualisée en 2019
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Liste britannique
- Critères explicites

Méthode STOPP and START



Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">→ Classement selon les systèmes physiologiques→ Prise en compte des interactions→ Utilisation simple	<ul style="list-style-type: none">→ Liste non réactualisée→ Long+++ sauf avec site http://stopstart.free.fr/

Medication Appropriateness Index (MAI)

- Critères de 1992
- Critères implicites
- Score pondéré sur 10 critères
 1. Indication thérapeutique
 2. Efficacité (Service médical rendu)
 3. Posologie
 4. Rythme d'administration
 5. Durée de prescription
 6. Utilisation pratique en adéquation avec le médicament
 7. Interactions médicamenteuses
 8. Interactions médicaments-maladie (contre-indication)
 9. redondance d'un médicament
 10. Coût

Medication Appropriateness Index (MAI)

- Score pour chaque médicament de la prescription
- Mais
 - Long (10 min/médicament)
 - Nécessite des informations très complètes sur le patient **et** le médicament.

→ Utilisation dans le cadre de la recherche ?

Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

- Programme PMSA de la HAS (2005)
- Améliorer la prise en charge globale
- Pas de liste mais
 - Des indicateurs de pratique
 - Des indicateurs d'alerte

Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

PMSA : prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (HAS) Âge \geq 65 ans

Favoriser l'observance

Améliorer le suivi

➡ overuse, underuse, misuse

- ➔ Fiches de suivi format excel pour les médecins
- ➔ Indicateurs de bonnes pratiques cliniques
- ➔ Référentiels (troubles du sommeil, maladie d'Alzheimer...)
- ➔ Support d'information aux patients pour les pharmaciens d'officine

Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

Les principes

- **Mieux prescrire = mieux prévenir**
 - Au bénéfice du patient sans perte de chance (pas d'underuse)
 - Avec la garantie de ne pas exposer le patient à d'autres risques (contention, report de prescription)
- **Implication et information du patient favorisant l'observance**
- **Implication de tous les acteurs de santé, coordination**
- **Cibler les situations à risque**
 - Polypathologie, démence, chute,...
 - Facteurs précipitants : canicule....

Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

Alerte Médicament

Indicateurs de pratiques cliniques

Nlpt chez un patient Alzheimer → à confirmer

Pas plus de 2 psychotropes → à confirmer

BZD t1/2 longue → à confirmer

Date d'initiation pour les psychotropes connue

Recherche de chute tous les 3 mois si psychotrope

2 diurétiques → à confirmer

4 antihypertenseurs ou plus → à confirmer

Suivi ionogramme si SRA+antialdostérone ou diurétique de l'anse+thiazidique

Suivi poids si diurétiques

Recherche HTO si antiHTA (tous les 6 mois)

Contrôle INR si introduction atb ou atfongique

Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

Alerte ordonnance, underuse, situation à risque

Alerte « ordonnance »	Structurée par domaine de pathologie
Alerte « underuse »	<ul style="list-style-type: none">• Ostéoporose (Calcium, Vit D, biphosphonates)• Insuffisance coronarienne et antiagrégants plaquettaires• Insuffisance cardiaque systolique et inhibiteurs enzyme conversion
Alerte « Situation Clinique à risque »	<ul style="list-style-type: none">• Recherche origine médicamenteuse si chute récente• Rechercher origine médicamenteuse si troubles récents fonctions supérieures• Adaptation doses diurétiques et apports hydrosodés si fièvre (ou canicule)

PMSA - Fiche d'action « somnifères et sommeil du sujet âgé »

Accompagnement/suivi de l'arrêt des somnifères*

- Suivi d'un calendrier d'arrêt sur 4 à 10 semaines, avec une adaptation de la vitesse de décroissance pour l'arrêt
- Suivi hebdomadaire du patient :
 - Dose à prendre (diminution progressive), prise réelle, remarques
 - Sommeil (utilisation agenda du sommeil)
 - Effets secondaires éventuels liés à la diminution des doses
- Information pour améliorer les conditions du sommeil

*Références HAS : Recommandation de bonne pratique « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé » - Octobre 2007

PRINCIPES GENERAUX

Les actions d'amélioration des pratiques des pharmaciens d'officine s'inscrivent dans le respect des dispositions du Code de la santé publique. Ces actions ne doivent pas être utilisées comme arguments publicitaires. L'adhésion du patient et/ou de l'aïdant doit être la règle quelle que soit l'action d'amélioration des pratiques proposée.

CONTRIBUTEURS

Plateforme professionnelle HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et prévention de la iatrogénie »

Groupe de travail - Pharmaciens d'officine

Nathalie BESSARD, Skalleu (21)
 Gilles BONNEFOND, Montélimar (26)
 Philippe DENRY, Gondreville (54)
 Valérie GARNIER, Meyres (30)
 Julien GRAVOLLET, Leyr (54)
 Jeanne KARH, Reims (51)

Haute Autorité de Santé - Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Service Programmes Pilotes Impact Clinique (SPPIC)

Amélie LEPERRE DESPLANQUES, chef de service, Nathalie RIOLACCI, adjoint chef de service
 Carole MICHENEAU, chef de projet Programme Pilote AM PMSA, Marie ERBAULT, chef de projet



PHARMACIEN
 ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES

DOCUMENT
 PHARMACIEN D'OFFICINE

FICHE D'ACTION
 SOMNIFERES ET SOMMEIL DU SUJET AGE



© Haute-Autorité de Santé - Janvier 2013

Ce document appartient à une collection de supports téléchargeables sur www.has-sante.fr
 RDV sur [facebook](https://www.facebook.com/has.sante)

PROGRAMME « ÊTRE SENIOR ET MIEUX DORMIR »

21

SOMNIFERES ET SOMMEIL DU SUJET AGE

DOCUMENT
 PHARMACIEN D'OFFICINE

QUELS OBJECTIFS ?

- Diminuer l'exposition chronique induite aux somnifères
- Améliorer la prise en charge des plaintes du sommeil du sujet âgé

QUELLE POPULATION CIBLE ?

Sujet âgé* présentant une prescription chronique de somnifères
 On entend par somnifères les psychotropes à visée sédatrice : les benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques et/ou hypnotiques, les composés Z, les anxiolytiques et hypnotiques non benzodiazépines, les antihistaminiques anti H1, utilisés comme hypnotiques mais considérés comme généralement inappropriés chez le sujet âgé du fait de leurs effets atropiniques (ex : doxylamine). Cette liste correspond à une liste « d'usage ».

QUELLE EVALUATION ET OUTILS ?

Mise en place d'une évaluation des actions d'amélioration des pratiques mises en œuvre

Exemple d'OUTIL d'évaluation des actions d'amélioration des pratiques

- Nombre de patients repérés
- Nombre de patients repérés auxquels une information a été transmise
- Nombre de patients repérés ayant accepté l'accompagnement proposé
- Nombre de patients repérés dont l'arrêt a été un succès
- Nombre de patients repérés avec une diminution d'exposition suite à l'accompagnement proposé
- Nombre de fiches de suivi
- Etc...

* Personne de plus de 75 ans ou personne de plus de 65 ans polypathologique

QUELLES ACTIONS ET OUTILS ?

LES ACTIONS

1. **Echanger avec le patient sur la qualité de son sommeil et sur la durée d'exposition aux somnifères**
 - Le sommeil, son évolution liée à l'âge, les conseils d'hygiène du sommeil
 - Le bon usage des somnifères et les risques
 - L'arrêt possible des somnifères, l'accompagnement nécessaire
2. **Apporter une information au patient concernant :**
 - Le sommeil, son évolution liée à l'âge, les conseils d'hygiène du sommeil
 - Le bon usage des somnifères et les risques
 - L'arrêt possible des somnifères, l'accompagnement nécessaire
3. **Orienter le patient vers son médecin traitant, pour une consultation dédiée aux troubles du sommeil**
4. **Si décision du médecin traitant d'arrêter les somnifères et avec son accord, accompagner le patient**
 - Information du patient sur les bénéfices et les risques liés à l'arrêt et les objectifs de l'accompagnement
 - Présentation des étapes pour l'arrêt des somnifères et son accompagnement
 - Suivi du patient (qualité de sommeil, maintien dans le temps de l'arrêt des somnifères)
 - Retour d'information vers le médecin traitant
5. **Mettre en place une fiche de suivi du patient**
 La fiche de suivi peut être sous format papier et/ou renseignée dans le logiciel d'aide à la dispensation

LES OUTILS (disponibles sur le site de la HAS)

Recommandation de bonne pratique

- « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le sujet âgé », Octobre 2007 »
- « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale », Décembre 2006

Document patient

- Affiche « Être senior et mieux dormir » (disponible en format A3 auprès du CESPHARM)
- Questionnaires conçus pour mieux dormir

Outil pour le suivi du patient

Exemple d'OUTIL pour le suivi du patient

- Orientation vers le médecin traitant OUI NON
- Information du patient OUI NON
- Le sommeil évalué, conseil OUI NON
- Le bon usage des somnifères OUI NON
- Suivi des soins de patient(e) avec son accord OUI NON
- Consultation médecin traitant OUI NON
- Amélioration de la qualité du sommeil OUI NON
- Accompagnement pour l'arrêt des somnifères OUI NON
- Adhésion du patient OUI NON
- Accord du médecin OUI NON
- Fréquence d'arrêt et de suivi du patient Arrêt Repère

Limites médicales à la prise en compte des MPI

- Pas d'alternative thérapeutique
- Risque d'interactions si nouveaux médicaments
- Liste des médicaments à étudier trop longue, activité chronophage
- Pas de communications entre les soignants / pas de modification d'une prescription d'un autre médecin
- Pas de connaissance des outils (Beers, Laroche....)
- Patient ne veut pas changer

Les questions à se poser devant une prescription (1)

Nouveaux médicaments

- Quel est l'objectif ?
 - Traitement étiologique/symptomatique
 - Augmentation de la durée de vie/qualité de vie
 - **Avis du patient !**
- Opportunité d'un nouveau médicament
 - ⇒ **hiérarchiser les objectifs !**
- Le nouveau médicament sera-t-il efficace ?



Les questions à se poser devant une prescription (2) Nouveaux et anciens médicaments

- Quel est le rapport bénéfice/risque ?
 - Patient fragile
 - Déséquilibre de l'état du à un évènement intercurrent
 - Clairance de la créatinine
 - Critères psychosociaux
 - IAM
 - Effets indésirables attendus
- Des traitements non médicamenteux ont-ils une place ?



Les questions à se poser devant une prescription (3)

Nouveaux et anciens médicaments

- Le patient pourra-t-il prendre son traitement
 - Comprimés à couper (problème de praxie)
 - Ouverture des gélules, écrasement des comprimés
 - Comptage des gouttes (baisse de l'acuité visuelle)
- Observance
 - Est-ce la seule prescription ⇒ faire un bilan des traitements (patient, aidants, dossier pharmaceutique, armoire à pharmacie)
 - Proposer un plan de prise, un pilulier
- Le patient connaît-il les surveillances biologiques nécessaires?
- Risque particulier des transitions hôpital-ville



Conclusion

- Prendre en compte la physiopathologie du patient
- Utiliser les outils d'optimisation = évaluer le rapport bénéfice / risque
 - Jugement clinique reste prépondérant!
- L'automédication fait partie des traitements!
- Consulter l'historique médicamenteux +++