

Université René Descartes - Paris V
Faculté Cochin - Port Royal

- une action du Médecin Coordinateur auprès
des Médecins Traitants au sein d'un EHPAD dans
une perspective de réduction de la Iatrogénie -

par le **Docteur Christophe ANDRÉ**

Mémoire en vue de l'obtention du **Diplôme InterUniversitaire** :

« Formation à la fonction de Médecin Coordinateur en
Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes »

Année 2011/2012

Directeur de mémoire :
Docteur Gilles GROBOZ

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordinateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Avec mes remerciements :

à Madame le Professeur Anne-Sophie Rigaud, Messieurs les Docteurs Reingewirtz et Malbec, Mesdames et Messieurs les enseignants dans le cadre du DIU, année 2011/2012, pour la qualité de leur enseignement.

au Docteur Gilles Groboz, gériatre, Médecin Coordonnateur de la Fondation Cognacq-Jay à Rueil-Malmaison; son accueil confraternel et sa compétence m'ont beaucoup guidé.

à l'ensemble des Médecins libéraux intervenants dans l'EHPAD « le Chemin de la Jonchère » à Rueil-Malmaison ; leur patience et l'excellence de nos relations ont permis ce travail.

à Monsieur Nicolas Bardoux, Directeur de l'EHPAD; sa confiance renouvelée m'autorise un exercice qualitatif.

à Florence Planeix, IDEC; son assistance et ses initiatives ne se démentent pas et assurent l'indispensable.

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

PLAN :

I / INTRODUCTION _____

II / OBJET _____

III / CONTEXTE _____

IV / MÉTHODOLOGIE _____

V / SPÉCIFICITÉS LIÉES à l'ÂGE _____

VI / RÉFÉRENCE _____

VII / PROCESSUS _____

VIII / RÉSULTATS _____

IX / DISCUSSION _____

X / MOYENS de réduire la IATROGÉNIE en EHPAD par IMPLICATION
CONCRÈTE du MÉDECIN COORDONNATEUR _____

XI / CONCLUSION _____

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

I / INTRODUCTION

Les personnes âgées reçoivent d'autant plus de médicaments que leur état de santé tend à se dégrader; parallèlement, leurs capacités à absorber, métaboliser et accepter ces molécules suivent une courbe descendante liée à la physiologie même du vieillissement.

Deux notions clefs :

- d'une part la poly-médication, pour autant qu'elle soit raisonnée, représente une chance pour la survie et la vie de la personne âgée,
- d'autre part, la iatrogénie (MONTRASTUC, PIAU, 2011) est la première cause d'hospitalisation des personnes âgées (> 75 ans).

En EHPAD :

20% des Personnes Agées (**PA**) font un Accident Iatrogénique (**AI**) par an,
50% des AI sont considérés « sévères », 50% des AI sont estimés « évitables »,
50% des ordonnances comprennent 5 à 10 médicaments/Jour, 5% plus de 10/Jour.

La Haute Autorité de Santé a mis en place en 2006 un programme d'amélioration de la prescription chez la personne âgée,

La sixième mission du Médecin Coordonnateur (décret du 02 septembre 2011) comprend «...*contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments...* »

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

II / OBJET

Le Médecin Coordonnateur est l'interlocuteur privilégié du résident, de son entourage, du directeur et des autorités de contrôle; la volonté du législateur est qu'il ne soit pas prescripteur direct, mais prescripteur global de «qualité». Il apparaît donc intéressant d'observer, dans l'EHPAD, le poids de son influence auprès de ses consœurs et confrères prescripteurs pour tendre vers une meilleure qualité gériatrique globale de prescription.

III / CONTEXTE

La Résidence « Le Chemin de la Jonchère », EHPAD du groupe ORPEA, située à Rueil-Malmaison dans les Hauts de Seine, ouverte en 2007 accueille 90 résidents de dépendances diverses (2011, GMP 701, GIR 1-2:58%, GIR 3-4:33%, GIR 5:9%).

Y interviennent 24 Médecins Traitants exerçant dans les communes avoisinantes (Rueil-Malmaison, La Celle Saint Cloud, Garches ...)

La Pharmacie est assurée par une convention avec une pharmacie extérieure.

L'équipe comprend, outre l'infirmière coordinatrice, 4 postes IDE temps pleins.

IV / MÉTHODOLOGIE

Chronologie :

- * **J1**, date initiale, recueil des données, concernant les critères étudiés.
- * pendant trois mois : Information confraternelle des Médecins Traitants.
- * A la date finale, recueil des données dites **J90**.

Exclusions : les résidents entrés ou sortis au cours de la période probatoire, et donc **80** dossiers sont reconnus probants sur cette période.

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

La nature de l'action de sensibilisation et d'implication des Médecins Traitants se discute : réunions, soirées de formation, courriers, entretiens individuels ...
Le choix de la procédure comprend une dimension non-randomisable tenant à la qualité des rapports qu'entretient le Médecin Coordonnateur avec ses pairs.

Dans notre cas spécifique, compte tenu du nombre « raisonnable » de professionnels considérés et du choix d'un système relationnel « agréable », le principe des actions individuelles nous a paru fournir les outils les plus adaptés à notre situation.

La connaissance fine de l'EHPAD, de sa zone d'influence, des intervenants et particulièrement des médecins traitants permet d'ajuster au mieux la manière optimale de mobiliser les prescripteurs.

La relation professionnelle avec ceux-ci par le biais de contacts, rencontres, réunions autour des résidents, de la commission de coordination gériatrique; mais aussi la perception de l'ensemble des soignants en relation avec les médecins traitants contribue à construire l'image que chacun imprime dans l'établissement.

Ainsi, quatre sous-groupes « fonctionnels » d'intervenants se dessinent :

- les **A**, peu chaleureux, mais impliqués, (2/24)
- les **B**, ni chaleureux-ni impliqués, (5/24)
- les **C**, chaleureux, mais peu impliqués, (7/24)
- les **D**, chaleureux ET impliqués, (10/24)

L'adéquation procédure/médecin traitant choisie se décline donc :

- pour les **A** : lettres + rappel téléphonique au secrétariat.
- pour les **B** : lettres + rappel téléphonique en direct.
- pour les **C** : lettres + confirmation en direct lors d'une rencontre « fortuite »
- pour les **D** : lettres + confirmation naturelle lors d'un de nos nombreux échanges

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

V / SPÉCIFICITÉS PHARMACODYNAMIQUES LIÉES à l'ÂGE

Au-delà des données de poly-médication, d'observance variable, de réduction des apports hydriques et alimentaires, on prend en compte les modifications physiologiques afférentes au vieillissement (PIAU, MONTASTRUC, 2011), telles :

les modifications de sensibilité des récepteurs :

- diminution de la motricité digestive,
- diminution des récepteurs dopaminergiques,
- augmentation de la sensibilité aux atropiniques,
- augmentation de la sensibilité aux psychotropes,
- augmentation de la sensibilité aux morphiniques,

l'augmentation du rapport masse grasse/masse maigre,

la réduction de l'Albuminémie, (prolongation d'activité sous forme libre)

la perméabilisation de la barrière hémato-encéphalique,

la diminution du catabolisme hépatique et de l'élimination rénale,

PRESCRIPTIONS NON-OPTIMALES chez les PERSONNES ÂGÉES (HANLON, 2001)

overuse : excès de traitement,

soit par excès quantitatif, soit par excès qualitatif (prescription inutile)

misuse : prescription inappropriée (prescription incorrecte)

underuse : insuffisance de traitement (sous-prescription)

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

VI / RÉFÉRENCE

Par souci d'efficacité la détermination des critères cibles s'appuie sur la « liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française » (Laroche ML, Charmes JP, Merle L, European Journal of Clinical Pharmacology 2007).

plus de 2 lignes de psychotropes,

rapport bénéfice/risque défavorable :

1/ molécules à effet anti-cholinergique :

AntiDépresseurs Imipraminiques (ANAFRANIL, LAROXYL, PROTHIADEN)
Neuroleptiques Phénothiaziniques (LARGACTIL, MODECATE, NOZINAN, TERCIAN)
Hypnotiques anticholinergiques (DONORMYL, THERALENE)
AntiHistaminiques H1 (ATARAX, POLARAMINE, PRIMALAN)
Antispasmodiques de la Vessie (DITROPAN, DRIPTANE, CERIS, VESICARE)

2/ benzodiazépines à demi-vie longue (>20 heures) :

anxiolytiques (LEXOMIL LYSANXIA NORDAZ TRANXENE URBANYL VALIUM VICTAN)
hypnotiques (MOGADON, NUCTALON, ROHYPNOL)

3/ antiHypertenseurs (ADALATE, CATAPRESSAN, HYPERIUM, LOXEN, EUPRESSYL)

4/ antiArythmiques (DIGOXINE>0.125mg/Jour, RYTHMODAN)

5/ hypoGlycémiants (GLUCIDORAL, OZIDIA)

6/ relaxants musculaires (LUMIRELAX, LIORESAL, MYOLASTAN, TETRAZEPAM)

7/ en fonction de la situation clinique :

incontinence urinaire (alpha-bloquants cardiologiques EUPRESSYL MEDIATENSYL)
hyperTrophie Prostatique (ANTICHOLINERGIQUES)
glaucome par fermeture de l'angle (ANTICHOLINERGIQUES)
démence (ANTICHOLINERGIQUES)
constipation chronique (ANTICHOLINERGIQUES)

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

rapport bénéfice/risque défavorable :

benzodiazépines à demi-vie courte, mais dose > la moitié de celle de l'adulte :

anxiolytiques (TEMESTA>3mg/J SERESTA>60 mg/J XANAX>2 mg/J VERATRAN>5 mg/J)

hypnotiques (HAVLANE >0.5mg/J, IMOVANE >3.75mg/J, STILNOX >5mg/J)

neuroleptiques atypiques non-réévalués à 15 jours (RISPERDAL, ZYPREXA)

autres anti-cholinergiques :

anti-émétiques (VOGALENE PRIMPERAN)

neuroleptiques (TIAPRIDAL)

anti-rhinites (FERVEX, ACTIFED, RHINOFEBRAL)

anti-tussifs (CALMIXENE, TOPLEXIL, FLUISEDAL)

antimicrobiens : (FURADANTINE, FURADOINE, MICRODOINE)

associations médicamenteuses délétères :

association de 2 psychotropes de la même classe pharmacocinétique,

association de 2 AINS,

association Inhibiteur de la cholinestérase –et- molécule à effet AntiCholinergique,

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

VII / PROCESSUS

Dans un premier temps, mise en place et annonce :

Lettre N°1 aux Médecins Traitants, dite de «sensibilisation»

Docteur Christophe ANDRÉ
Médecin Coordonnateur
ch9ch@wanadoo.fr

Rueil Malmaison,

Le 02 Juin 2012

Chère amie, Cher ami,

Ma chère Consœur, Mon cher Confrère,

Le projet de soins de l'établissement comprend, comme vous le savez, la lutte contre la iatrogénie spécifiquement d'actualité concernant nos résidents avec leurs poly-pathologies et poly-médications.

Dans le cadre de la certification de mon poste, je suis en charge d'un travail sur « *l'action du médecin coordonnateur dans la lutte contre la iatrogénie au sein de l'établissement* », aussi me permettrai-je de vous contacter, en toute confraternité, pour me permettre d'établir un regard transversal sur les prescriptions de l'ensemble de la Résidence, et pouvoir proposer des « pistes d'amélioration » à but exclusivement informatif.

Je vous remercie dès à présent pour votre participation à cette action qui, globalement, peut améliorer la qualité des soins dispensés.

Excellent été,

Docteur Christophe ANDRÉ

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Dans un second temps, coup d'envoi de l'action par transmission des données chiffrées, collectives et individuelles :

Lettre N°2 aux Médecins Traitants, dite de «démarrage»

Docteur Christophe ANDRÉ
Médecin Coordonnateur
ch9ch@wanadoo.fr

Rueil Malmaison,

Le 20 Juin 2012

Chère amie, Cher ami,

Ma chère Consœur, Mon cher Confrère,

Dans un précédent courrier concernant la lutte contre la iatrogénie au sein de l'EHPAD je vous avais fait part d'une étude menée dans le contexte de la " 6^{ième} mission du médecin coordonnateur en EHPAD" («...*contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments...* ») .

Voici, en toute confraternité et à but exclusivement informatif les résultats, global et individuels, de la Résidence (85 dossiers exploitables). Le travail a, pour une part, consisté en la mise en perspective des prescriptions au travers du filtre de référence que constitue la liste de Laroche (« *liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française* » (Laroche ML, Charmes JP, Merle L, *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007).

La mise en conformité des prescriptions serait, bien sur, un résultat gratifiant et vous pouvez être assurés que j'ai procédé à la recalibration des miennes ...

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Très attaché à la qualité relationnelle et confraternelle qui anime l'établissement je souligne combien cette prospective reste observationnelle et respecte notre liberté de prescription.

Je vous remercie pour votre collaboration et reste à votre disposition.

Docteur Christophe ANDRÉ

Pièces Jointes :

- la liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française » (Laroche ML, Charmes JP, Merle L, European Journal of Clinical Pharmacology 2007)
- le score iatrogénique global au 15 juin 2012
- les scores iatrogéniques individuels (chaque patient) au 15 juin 2012

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Score global de iatrogénie*

Résidence le Chemin de la Jonchère :

Date : 15 juin 2012

Nombre moyen de :

- lignes de prescription : 7.51
- lignes de psychotropes : 2.04
- Molécules à effet anti-cholinergiques : 0.27 (1 pour 4 résidents)

Nombre global de :

- Neuroleptiques atypiques non-réévalués (15 jours maximum) : 12
- Benzodiazépine à ½ vie longue : 10
- Benzodiazépine à ½ vie courte et dose > Adulte/2 : 12
- AINS au long cours ou non-protégés : 0
- relaxants musculaires : 1
- association(s) non-favorable(s) : 13

* référence à : « *liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française* » (Laroche ML, Charmes JP, Merle L, *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007)

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Fiche de score individuel de iatrogénie* :

Mr/Mme : _____

Chambre : _____

Date : _____

Nombre de lignes de prescription :

Nombre de lignes de psychotropes :

Molécules à effet anti-cholinergiques :

Neuroleptiques atypiques non-réévalués (15 jours maximum)

Benzodiazépine à ½ vie longue :

Benzodiazépine à ½ vie courte et dose > Adulte/2 :

Antihypertenseurs :

Anti-arythmiques :

Hypoglycémiants :

Relaxants musculaires :

Situation clinique spécifique :

association(s) non-favorable(s) :

* référence à : « *liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française* » (Laroche ML, Charmes JP, Merle L, *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007)

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Score global de iatrogénie Résidence le Chemin de la Jonchère :

Date : 15 septembre 2012

Nombre moyen de :

- lignes de prescription : 7.21
- lignes de psychotropes : 1.76
- Molécules à effet anti-cholinergiques : 0.17

Nombre global de :

- Neuroleptiques atypiques non-réévalués (15 jours maximum) : 2
- Benzodiazépine à ½ vie longue : 6
- Benzodiazépine à ½ vie courte et dose > Adulte/2 : 11
- AINS au long cours ou non-protégés : 0
- relaxants musculaires : 1
- association(s) non-favorable(s) : 8

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Comparaison globale des prescriptions à risque iatrogénique élevé Avant et Après l'intervention du Médecin Coordonnateur

Critères	AVant	APrès	Variation	Variation
Nombre de lignes de prescription	631	577	-54	- 8.6 %
Nombre de lignes de psychotropes	174	141	-33	- 19 %
Anticholinergiques	23	14	-9	- 37.5 %
Neuroleptiques Atypiques non-réévalués	13	2	-11	- 85 %
bzd à ½ vie longue	10	6	-4	- 40 %
bzd ½ vie courte, dose > Adulte/2	12	11	-1	- 8.3 %
Relaxants musculaires	1	1	0	0
Associations non-favorables	13	8	- 5	- 38.5 %
AINS au long cours ou non-protégés	0	0	0	0
prescriptions à risque iatrogénique	246	183	- 63	- 25.6 %

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Moyenne relative Avant et Après intervention du Médecin Coordonnateur concernant 80 résidents présents

Critères	AVant	APrès	Variation	Variation
Nombre moyen de lignes de prescription	7.51	6.87	- 0.64	- 8.6 %
Nombre moyen de psychotropes	2.04	1.64	- 0.4	- 19 %
Nombre moyen d'Anticholinergiques	0.27	0.17	- 0.1	- 37 %
Neuroleptiques Atypiques non-réévalués	0.16	0.02	- 0.14	- 85%
bzd à ½ vie longue	0.125	0.075	- 0.05	- 40%
bzd ½ vie courte, dose > Adulte/2	0.15	0.13	- 0.02	- 8.3%
Relaxants musculaires	0.0125	0.0125	0	0
Associations non-favorables	0.162	0.1	- 0.062	- 38.5%
AINS au long cours ou non-protégés	0	0	0	0
prescriptions à risque iatrogénique	3.075	2.287	- 0.788	- 25.6%

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

IX / DISCUSSION

Certains des critères étudiés objectivent une réduction significative :

La remise en cause, ou réévaluation, de certains traitements neuroleptiques fait partie intégrante de leur suivi et la piqûre de rappel sous forme de cette sollicitation informative est presque consensuelle (-85%).

La réduction des benzodiazépines à ½ vie longue (-40%) et des molécules à effet anticholinergique notoire (-37%) semble également répondre à un effet « rappel » et une vigilance plus grande eu égard à la population considérée.

Corrélativement les benzodiazépines dites « à courte demi-vie », qu'il convient d'administrer à mi-dose par rapport à l'adulte ont moins régressé (-8.3%) faisant toucher à la « limite » d'une action réductrice : c'est-à-dire la nécessité de prescrire quand même et pour ce faire, choisir la famille a priori la moins toxique.

Deux critères paraissent valider à eux seuls ce type d'effort :

D'une part la réduction à -38,5% des associations inappropriées : ce qui sous-tend une réelle analyse en profondeur de l'ensemble de la prescription ; et d'autre part la diminution à -19% de la prescription des psychotropes qui signe la prise de conscience des prescripteurs vis-à-vis de la nécessité de ne recourir à ces molécules que dans un cadre que les circonstances pathologiques rendent « obligatoire ».

Le niveau de réduction de 25% des prescriptions à risque iatrogénique élevé paraît donc satisfaisant, inquiétant et porteur de responsabilités : satisfaisant quant à l'importance du résultat d'une sensibilisation sur trois mois, inquiétant quant au risque iatrogénique spontané qui semble peser sur les résidents ... et porteur de responsabilité puisque, au-delà d'une action isolée, amène à une projection dans le temps et participe à une vraisemblable sensibilisation des prescripteurs au-delà des murs de l'EHPAD.

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

IX / MOYENS de la RÉDUCTION de la IATROGÉNIE en EHPAD par IMPLICATION CONCRÈTE du MÉDECIN COORDONNATEUR

Cette implication concrète prévue et demandée par le législateur (6^{ième} mission du Médecin Coordonnateur) passe par, d'une part l'obtention du suivi généralisé des règles de prescription spécifiques aux personnes âgées par les prescripteurs :

- 1 – utilisation de la liste des prescriptions non-appropriées,
- 2 – évaluation systématique de la balance bénéfice/risque,
- 3 – respect des règles de prescription propres à chaque molécule,
- 4 – surveillance systématique :
 - établissement de jalons d'efficacité et de sécurité,
 - réévaluations programmées de la globalité des traitements,

... et d'autre part emprunte toutes voies participant à l'obtention du résultat concret de réduction de la iatrogénie, c'est-à-dire l'adaptation de l'action du médecin coordonnateur à chaque typologie de prescripteur.

Ceci sous-tend une connaissance de fond des intervenants libéraux et la possession d'outils qui, de l'information amicale jusqu'à l'épreuve de force amènent à pouvoir déclencher une action efficace concernant les grands thèmes de la vie administrative et médicale de l'EHPAD.

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

X / CONCLUSION

Cette prospective illustre donc la diversité des compétences afférentes à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD.

Cette diversité présente en outre des réalités nuancées : à celles du savoir-être et du savoir-faire, le savoir-communiquer s'ajoute en tant que valeur forte de la fonction alors même que ses données ne bénéficient pas d'une cartographie établie.

Le style d'exercice propre à chacun emprunte les passages obligés de la compétence professionnelle, de l'intérêt pour la personne âgée et de la maîtrise des arcanes réglementaires.

Dans ce périmètre, le Médecin Coordonnateur, à sa façon personnelle, y décline un potentiel de communication obligé et personnalisé, véritable clef d'une réussite permettant de conjuguer la mise en harmonie de réglementations parfois contradictoires, d'intérêts humains souvent en situations douloureuses et de maintien d'un cap en rapport avec les pratiques éthiques et professionnelles en cours.

Le positionnement en tant que Médecin Coordonnateur oblige ainsi à une réflexion qui implique ses qualités relationnelles dans un périmètre réglementaire aux contours à la fois établis et comprenant cependant une marge. Cette marge, loin d'être une zone dangereuse, représente le véritable "plus" de la fonction : agir, avec son style propre, dans l'intérêt des résidents.

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »

Université Paris Descartes

BIBLIOGRAPHIE

BALARD P, DOSA G ,

« association antagoniste anticholinergiques-anticholinestérasiques : étude sur 1367 prescriptions en EHPAD »
Communication orale à la 11^{ième} réunion francophone sur la Maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés.
Toulouse mai 2012.

BEERS M.

«Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly»
Arch Intern Med 1997 ; 157 : 1531-6

DOUCET J, CAPE C, JEGO A et al.

«Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé »
Épidémiologie et prévention. Presse Med 1999;28: 1789-93.

DOUCET J, KALIMOUTOU S, CHEDRU C, REMY E, CABREJO L, MELIOT C and CHASSAGNE P

Service de Médecine Interne Gériatrique, CHU de Rouen, Rouen, France
(Publié en ligne le 26 janvier 2007)

GROBOZ Gilles,

« effets d'une action de FMC sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les personnes âgées en EHPAD »
Mémoire de Capacité en Gériatrie, Paris Université René Descartes, 2006

LAROCHE Marie-Laure ,

« Le risque iatrogène chez la personne âgée : à propos des médicaments potentiellement inappropriés »
Thèse de doctorat : biologie sciences santé. Limoges : Université de Limoges, 2007

PIAU A, MONTASTRUC F,

« Iatrogénie et patient âgé fragile ou dépendant en EHPAD »
Gerontopôle Toulouse, Juin 2011

PRESCRIRE Rédaction,

"Maladie d'Alzheimer : gare aux interactions avec les anticholinestérasiques"
Rev Prescrire 2006 ; 26 (269) 111-115.

PRESCRIRE Rédaction,

"Supplément interactions médicamenteuses 2005 : le mode d'emploi"
Rev Prescrire 2005 ; suppl. ; 1-2

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes

Choix d'une benzodiazépine¹ chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polyathologique ou après 75 ans

Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est indiqué, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé recommande de privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à "demi-vie courte"), car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.

→ À privilégier : benzodiazépines à "demi-vie courte" (< 20 heures)²

Nom commercial	Molécule	Demi-vie ³ (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
Classe des hypnotiques			
STILNOX®	Zolpidem	2h30	non
INCOVANE®	Zopiclone	5	non
NORMISON®	Témazépam	5 à 8	non
DIRJAN®	Loprazolam	8	non
NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10	non
NUCTALON®	Estazolam	17	non
Classe des anxiolytiques			
VERATRAN®	Clotiazépam	4	non
SERESTA®	Oxazépam	8	non
TRIFESTA®	Lorazépam	10 à 20	non
ANXAN®	Alprazolam	10 à 20	non

⚠ À éviter : benzodiazépines à "demi-vie longue" (≥ 20 heures)²

Nom commercial	Molécule	Demi-vie ³ (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
Classe des hypnotiques			
ROHYPNOL®	Flunitrazépam	16 à 35	oui
MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48	non
Classe des anxiolytiques			
LIPODIL®	Bromazépam	20	non
LIHRANY®	Clôbazam	20	oui
VALIUM®	Diazépam	32 à 47	oui
VICTAK®	Ethyle loflazépate	77	non
LYSANXIA®	Prazépam	30 à 150	oui
NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150	oui
TRANXENE® NOCTRAN® ⁴	Clorazépate dipotassique	30 à 150	oui

¹ Liste non exhaustive, concerne les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 30 ans (Nellarie Lechevalier-Michel et al. : European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

³ Demi-vie mesurée chez l'adulte.

⁴ Association de Clorazépate dipotassique et de deux hypnotiques.

Fiche réalisée avec la contribution du Pr J. Doucet et du Pr S. Legrain, établie en accord avec la HAS.

Annexe :

une réaction (parmi d'autres) d'un médecin traitant, par ailleurs coopérant

21/08/2012

A propos de Monsieur M... LAB..., observation de son Médecin Traitant :

*« Pour faire un grand plaisir au Dr ANDRÉ, à la CPAM, à l'ARS et au PMU j'ai de mon plein gré et en accord avec moi même décidé de réduire les gouttes de NOZINAN en vue d'un arrêt.
J'espère gagner mes galons de grand Docteur hypo iatrogène et ainsi bénéficier de la médaille en chocolat fondant décernée en grandes pompes (48) par Mr le Préfet, Mr le Procureur de la République pleine et entière. »*

D.I.U.

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en EHPAD »
Université Paris Descartes