

Optimisation de la prescription et de l'administration médicamenteuse en gériatrie hospitalière.

*C. MIVIELLE, M ALLARD, J. ZIRNHELT, JD. ROGER, V.
ROGER, B. MAURIN, C. MIEVRE, C. PETIT, O. LOIL, V.
PEUCHET, N RUEL, X. COURTOIS, M. DEBRAY.*

Pôle de Gériatrie, Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

contact : Matthieu Debray

Chef de pôle de Gériatrie, mdebray@ch-annecy.fr

Historique des actions du pôle

- Travail sur le courrier de sortie en 2007
 - formalisation d'un courrier type informatisé faisant apparaître lisiblement
 - traitement d'entrée/ sortie
 - justification des modifications effectuées
- Analyse des ordonnances de sortie de Court séjour initiée fin 2007 (référentiel HAS) avec pharmacien

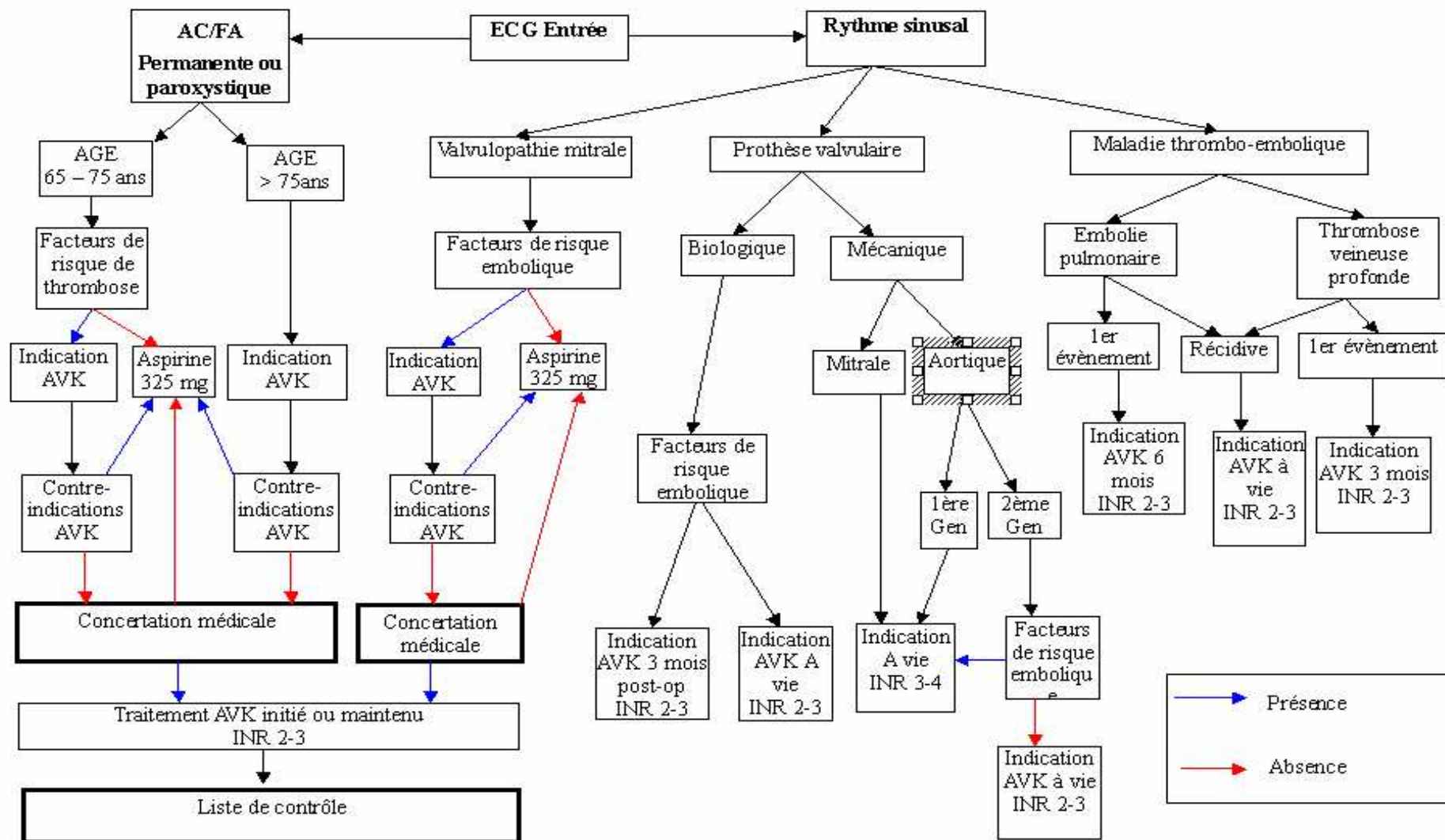
Bilan analyse prescriptions de sortie 2007-2008

- nombre de réunion limité (5) mais intérêt qualitatif fort: échange pharmacien-géronte
- référentiel HAS trop limité pour une action en Court séjour Géronte (grille non adaptée, difficulté ++ analyse observance/automédication, etc...)
- 2009: traduction/validation de l'outil STOP START + travail Gavazzi-Calop sur la rationalisation de la prescription en géronte

Juste prescrire AVK

- Un des premiers risques iatrogènes en gériatrie
 - » Intervalle thérapeutique étroit
 - » Gravité des surdosages et sous dosages
 - » Sensibilité aux interactions médicamenteuses et aux modifications métaboliques
 - » Complexité du suivi en hébergement
 - » Difficultés d'éducation du patient
- Travail sur les AVK
 - Sensibilisation de longue date: publication sur surdosage et participation au protocole « Siguret »
 - Travail H Creton 2009:
 - » Arbre décisionnel AVK
 - » Check list AVK: améliorer la qualité de l'information transmise à la sortie
 - » Utilisation fiche « Granted » dans les unités d'hébergement

Arbre décisionnel à la prescription des antivitamines K



Médicaments écrasés: départ de la réflexion en 2009:

- Pulvérisation: quel sens? quelle conséquence?
 - Résultat de l'audit du Pr Doucet au congrès de Toulouse (SNFMI) 2009:
 - 32,3% des patients;
 - » surtout en USLD (55%)
 - Pour troubles de déglutition (67,1%), du comportement (27,5%)
 - Article de Susan & all (10/2009) : pronostic des troubles de déglutition/infection respiratoire au cours de démence sévère: à 6 mois mortalité près de 50%
- Population USLD du CHRA:
 - Patient atteint de maladie d'Alzheimer et MA au stade sévère
 - Patient atteint de démence polypathologique avec troubles comportementaux sévères

Médicaments écrasés et risque iatrogène

- Risque patient
 - Altération de la galénique → pharmacocinétique
 - Modalités d'écrasement:
 - Même mortier pour plusieurs médicaments/plusieurs patients
 - Inégalité de dose
 - Conservation du médicament écrasé
 - Véhicule du médicament écrasé; retentissement nutritionnel
 - Erreur de distribution
- Retentissement personnel soignant
 - tendinite
 - Risque inhalation/risque cutané
 - Temps de travail et sens du travail

Objectif

- Décliner des actions de prévention de la iatrogenèse dans 3 unités du pôle adaptées à l'activité de ces unités :
 - Prescription médicamenteuse pour CSG et HDJ
 - Administration pour l'USLD

Méthode

- 1/ Actions spécifiques AVK:
 - Intégration des procédures AVK au quotidien
 - Formalisation d'une analyse bénéfice/risque
- 2/ Court Séjour gériatrique et HDJ:
 - Introduction d'un outil d'aide au juste prescrire inspirée de l'outil STOP-START et du travail Calop/Gavazzi CHU Grenoble
 - Reprise analyse ordonnance de sortie avec l'adaptation de la grille HAS
- 3/ USLD: lancement travail médicament pulvérisé

1/ Actions spécifiques AVK

Formaliser la réflexion bénéfice/risque AVK en court séjour

- Mise en route mars à juin 2011
- Début du travail 23 juin 2011
 - Liste des patients sous AVK envoyée chaque semaine par la pharmacie aux gériatres
 - Réflexion médicale au cours d'un staff hebdomadaire

« Check list » AVK intégrée au CRH

Information au patient

- Indication des AVK :
- Durée du traitement prévisible :
- INR cible :
- Date d'introduction des AVK :
- Dernier INR à :
le :
- Dernière adaptation de la posologie : le :
Prochain INR le :
- Lettre d'information au patient—carnet AVK

2/ Introduction d'un outil d'aide au juste prescrire en CSG et HDJ:

Reprise analyse ordonnance de sortie après
adaptation de la grille HAS : outil stop/start +
Gavazzi/Calop

3/ Réflexions sur l'usage de médicaments pulvérisés en USLD

Analyse

- Bilan après 3 mois de travail
 - Staff hebdomadaire bénéfice/risque
- Bilan de l'analyse des ordonnances de sortie en CSG et HDJ
 - 2 ordonnances par semaine
 - En alternance HDJ et CSG
- Etat du processus en USLD

Résultats analyse bénéfice risque AVK

- Entre le 24 juin et le 8 juillet 2011: 3 staffs
 - 7 analyses bénéfice-risques réalisées
 - Pour un cas: décision d'arrêt du traitement AVK

...interruption temporaire du fait de l'été et d'un congé maternité

Résultats analyse ordonnance de sortie selon critères HAS/STOP START/ Gavazzi-Calop

- Entre mai et juillet 2011: analyse hebdomadaire alternativement CSG/HDJ:
 - CSG: 6 analyses d'ordonnance
 - HDJ: 4 analyses d'ordonnance

	Femme	0,8
	âge moyen	85,9
	extrême	77-102
	Antécédent	100%
	poids	100%
Traçabilité de l'évaluation de	état nutritionnel	100%
	créat	90%
	Chute	60%
	hypotension orthostatique	60%
	automédication	60%
	compliance	60%
Traitement	complet	100%
	ordo structurée	40%
	objectif du changement (9 chgts)	67%
	nombre de médicament total pour les 10 patients	54%
	moyenne	5,4
	extremes	3-10
	nombre de psychotropes	0,8
	extremes	0-3

Justification prescription	Absence d'indication précise	11
	Kardégic	2
	Tanakan	1
	Bbloquant oculaire	1
	benzo	3
	Omacor	1
	Mecir	1
	Endotelon	1
	Inexium	1
Critère STOP	B7	une benzo à demi-vie longue plus d'un mois
	C4	IPP dose max > 8 semaine pour UGD
	F5	alpha bloquant chez les hommes incontinent
	H1	BZD chez un patient avec plus d'une chute dans les 3 derniers mois
Critères START	2 L1	B2 mimétiques ou agents anticholinergique inhéles dans l'asthme ou les BPOC
	M2	Tt antidépresseur pour un sd dépressif caractérisé modéré ou sévère depuis pl
	O3	Biphosphonates ou ranélate de strontium et supplémentation vit S Calcium si o
	P3	AAP si diabète associé à au moins un risque CV majeur (HTA, hypercholestéroc
Total STOPP	4	
Total START	5	

Résultats: médicament écrasés

- Première réunion d'un groupe de travail de 12 personnes le 13 mai 2011
 - Médecin et cadre USLD, infirmière, aide soignant, cadre pharmacie
 - Permettre un échange entre médecin et IDE des USLD sur la thématique du médicament écrasé

Médicaments écrasés USLD

- Constats et problématiques:
 - possibilité ou non d'écraser les médicaments: quel outil ressource ?
 - Écrasement pour limiter le risque de fausses routes
 - Prise de conscience que l'écrasement peut induire d'autres risques tout aussi important que la fausse route
 - Adéquation texture du véhicule et médicament?
- L'organisation de la distribution du Tt (IDE/AS) induit en partie la pratique de l'écrasement

Médicaments écrasés USLD

- Décisions:
 - reprendre les modes d'administration pratiqués pour chaque patient
 - améliorer l'échange d'info Médecin/IDE autour de la pulvérisation et adapter les prescriptions suite aux différentes observations tant IDE que médical
 - renforcer liens entre les équipes AS, les ASH du restaurant et la diététicienne-texture des véhicules
 - Aborder lors des réunions de synthèse sur projet de soin / projet de vie cette pratique du Mt écrasé
 - Adapter un livret thérapeutique à la gériatrie: galénique adaptée, substitution possible
 - Rechercher un référentiel sur la pulvérisation
 - chiffrer le nombre de patients pour lesquels le mdt est écrasé: avant/après

Médicaments écrasés USLD

- 1er constat chiffré
 - Nombre de patients ayant un ou des médicaments écrasés :

46,25% (37/80)

Discussion-conclusion

- Médicaments pulvérisés ou écrasés
 - Travail de Doucet&all
 - 683 patients audit de 2 jours
 - 221 / 683 malades (32.3%) 85.5 +/- 6.5 ans
 - 1528 médicaments écrasés / jour (6.9 +/- 4.0 / patient) : matin (71%)
 - Structures concernées: EHPAD (26%) et USLD (55%)
 - Motifs d'écrasement avant administration:
 - troubles de déglutition (67.1%)
 - Tr. du comportement (27.5%)
 - 41.5% des comprimés ou gélules administrés après écrasement avaient une forme galénique l'interdisant

Recommandations médicaments écrasés Doucet&all

- Limiter la prescription aux médicaments indispensables.
- alternatives galéniques
- alternatives thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses
- Identifier le motif d'écrasement
- Contacter la pharmacie pour les médicaments nécessitant des précautions particulières pour la préparation ou pour trouver une alternative thérapeutique
- + recommandations pour la préparation et l'administration

Conclusion

- L'approche du juste prescrire dans les unités d'hospitalisation CSG paraît devoir être ciblée:
 - sur les médicaments à haut risque thérapeutique: AVK; psychotropes...
 - Les actions sur le juste prescrire ont une action formatrice très appréciée par les internes: cibler le début de stage pour les actions.
- L'approche de la prévention de la iatrogenèse par une réflexion sur l'écrasement du médicament en USLD:
 - Permet une analyse assez large du circuit du médicament
 - Livret médicament-dispensation-prescription-administration