

# La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles : un outil pour une meilleure prescription des médicaments chez la personne âgée

The approach to quality in assessment of professional practice: a tool to improve drug prescribing in the elderly

Y. Passadori · M-P. Hervy · X. Gervais · C. Verny · S. Legrain · C. Jeandel

© Springer-Verlag France 2010

**Résumé** La polymédication est d'abord une chance pour les patients âgés polypathologiques. Mais elle entraîne une augmentation de l'iatrogénie. Près de 20 % des hospitalisations des plus de 80 ans est liée à l'iatrogénie. Il est important d'avoir une réflexion systématisée sur la prescription médicamenteuse. Le domaine de la qualité foisonne de méthodes dont les dénominations varient. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est une démarche qui vise à l'analyse d'une pratique professionnelle en référence à des recommandations professionnelles. Le collège professionnel des gériatres français (CPGF) propose des kits d'audits cliniques (AC) à partir du programme PMSA (polymédication du sujet âgé) utilisables facilement par les médecins amenés à soigner des patients de plus de 80 ans quels que soient leurs lieux d'exercice. *Pour citer cette revue : Cah. Année Gérontol. 2 (2010).*

**Mots clés** Polymédication · Personne âgée · Interaction médicamenteuse · Audit clinique · Revue de pairs · Démarche qualité

**Abstract** Polypharmacy is a chance for the elderly patients with multiple pathologies. But it increases the risk of serious adverse drug event. Up to 20% of hospital admissions in the elderly may be associated with drug-related problems. It is vital at this time to reflect on the appropriateness or otherwise of drug prescriptions, particularly for older people. Quality management is a recent phenomenon. A wide range of tools and techniques is used for identifying, measuring, prioritizing, and improving processes which are critical to quality. Clinical audit provides a method for systematically reflecting on and reviewing practice peer reviews. Based on *polymédication chez le sujet âgé* program from the *Haute Autorité de santé* (HAS)—or French National Authority for Health, the French College of Geriatricians (*collège professionnel des gériatres français* [CPGF]) offers clinical audit and peer review kits, which can be used easily in hospital or nursing home. *To cite this journal: Cah. Année Gérontol. 2 (2010).*

---

Y. Passadori (✉)  
Centre hospitalier général de Mulhouse, 87, rue d'Altkirch,  
F-68051 Mulhouse, France  
e-mail : PASSADORIY@ch-mulhouse.fr

M-P. Hervy  
CHU Kremlin-Bicêtre, F-94275 Le Kremlin Bicêtre, France

X. Gervais  
EHPAD, Les balcons de Tivoli, 148, avenue de Tivoli,  
F-33110 Le Bouscat, France

C. Verny  
CHU Kremlin-Bicêtre, F-94275 Le Kremlin Bicêtre, France

S. Legrain  
Hôpital Bretonneau, 23, rue Joseph-de Maistre,  
F-75885 Paris Cedex 18

C. Jeandel  
CHU Montpellier, F-34295 Montpellier, France

**Keywords** Polypharmacy · Older people · Aged · Adverse drug reactions · Drug interactions · Quality management · Clinical audit · Peer reviews

## Démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La gérontologie est une discipline complexe faisant appel à des professionnels d'horizons différents, elle nécessite la mise à jour continue des connaissances et fait appel à une amélioration constante des technologies médicales. Il

s'y rajoute la nécessité de maîtriser les risques et enfin une dimension économique des soins. Tout cela permet de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif de qualité rend indispensable une démarche structurée. Les professionnels de gérontologie plus encore que d'autres, sont habitués à travailler en équipe. De ce fait, la démarche de progrès que sous-tend l'EPP est implicite dans nos métiers. La structuration de cette démarche fortement ancrée en gérontologie va être de la rendre explicite.

Le domaine de la qualité foisonne de méthodes dont les dénominations varient. Les professionnels des établissements de santé développent souvent de façon spontanée des méthodes permettant d'améliorer et de régler les problèmes existants et d'intégrer les nouveautés thérapeutiques. Il s'avère que la résolution de problèmes ponctuels ou récurrents ou encore la réponse à certaines exigences de qualité ou de sécurité peuvent être difficiles à obtenir malgré la mobilisation de ressources importantes. Il s'avère alors utile de recourir à des méthodes structurées. Compte tenu de leur diversité, il est difficile de les maîtriser et de toujours utiliser la méthode la plus appropriée. L'Anaes puis la Haute Autorité de santé (HAS) se sont engagées dans une démarche de clarification puis de simplifications de ces méthodes. Un guide des méthodes et des outils des démarches qualité pour les établissements de santé existe depuis juillet 2000 et un CD-ROM est disponible depuis 2006 (l'EPP en établissement de santé). De nombreux autres documents permettant de mieux adapter et de simplifier la démarche qualité sont également diffusés par la HAS.

### Définition de l'EPP

L'EPP est une démarche qui vise à l'analyse d'une pratique professionnelle (ou d'une activité) en référence à des recommandations professionnelles définies au regard des données de la littérature selon une méthode rigoureuse (élaborée ou validée par la HAS) comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions explicites d'amélioration dont on peut mesurer les résultats. L'EPP n'a pas pour vocation d'être complexe. À terme, elle devrait être totalement intégrée dans la pratique quotidienne. Le déroulement de la pratique de soins devra permettre de tracer sa propre évaluation. Actuellement, les méthodes qui sont décrites dans cet article doivent être les plus transparentes possibles de façon à ne pas empêcher le but de la démarche qui est tout de même d'améliorer une pratique et non de nourrir une procédure dénuée de sens. La transparence et la communication sont la règle dès le début pour éviter un vécu de « flicage » ou de contrôle que peut engendrer la démarche.

Par ailleurs, la confidentialité doit être garantie. L'EPP n'est pas faite pour mettre en évidence des incompétences individuelles, elle s'attache à démontrer des défauts essentiellement organisationnels dans les procédures. L'utilisation

des résultats à fin de sanction ou dans des problèmes médico-légaux ne doit pas être la règle.

Les étapes de l'EPP se retrouvent dans la roue de Deming ou PDCA (Fig. 1). Quelle que soit la méthode utilisée, c'est cette dynamique somme toute assez spontanée et simple qu'il faut retrouver dans une démarche qualité. Elle inclut :

- de programmer l'amélioration d'une de ses pratiques (planifier, programmer) *plan* ;
- de faire l'état des lieux de cette pratique (faire) *do* ;
- d'en relever les insuffisances (analyser) *check* ;
- de les corriger et de contrôler si cette correction est efficace (améliorer) *act*.

Les méthodes et outils décrits par la HAS sont des aides pour aborder cette démarche qui n'est pas encore routinière, mais ne doivent pas être des freins paperassiers à la volonté de s'améliorer.

### Choix de la méthode

Le choix d'une méthode dépend de l'objectif d'amélioration voulu. Une équipe de soins peut être confrontée à un dysfonctionnement qu'il souhaite résoudre, ou vouloir évaluer une pratique par rapport à une pratique de référence, ou encore souhaite optimiser la prise en charge d'une pathologie. Certaines méthodes sont plus adaptées que d'autres à ces objectifs. Le Tableau 1 permet de guider le choix.

### Approche par comparaison à un référentiel

Il s'agit de se comparer à une pratique idéale au vu de l'état de la science et de la réglementation. Souvent, les référentiels existants ne sont pas utilisables tels quels. Cela permet aux équipes de se les approprier en les transformant. Il est primordial qu'ils soient élaborés par un groupe de travail représentatif des professionnels impliqués. En gériatrie où la multidisciplinarité est une règle de travail fondamentale, l'habitude de travailler en équipe rend cette étape assez

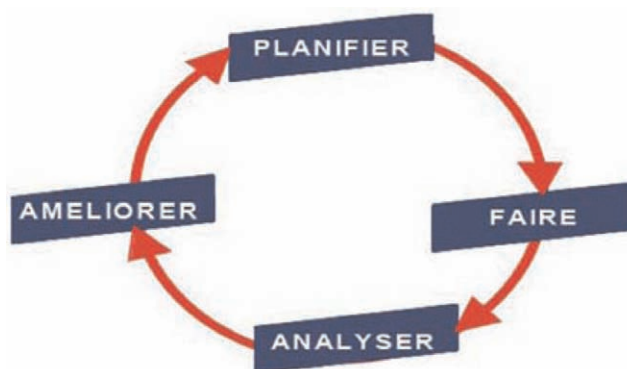


Fig. 1 Roue de Deming

<b>Objectifs</b>	<b>Approches</b>	<b>Méthodes</b>
Bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Approche par comparaison à un référentiel	→ Audit clinique → Revue de pertinence → Enquête de pratique
Optimiser ou améliorer une prise en charge Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	Approche par processus	→ Analyse de processus → Chemin clinique → AMDEC, HACCP,...
Traiter un dysfonctionnement ou faire face à la survenue d'événements indésirables	Approche par problèmes	→ Résolution de problème → Analyse de processus → Revue de mortalité-morbidité → Analyse des causes
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Approche par indicateurs	→ Mise en place et analyse d'indicateurs → Maîtrise statistique des processus
Implanter une démarche d'évaluation et prouver son efficacité	Recherche évaluative	→ Méthodes spécifiques

naturelle. Cette appropriation peut aussi se limiter à une période de test permettant de juger de la pertinence des référentiels existants à la situation locale.

L'audit clinique (AC) et l'AC ciblé (ACC) sont des méthodes de première intention, mais qui nécessitent méthode et rigueur. Leur réussite dépend du climat de confiance instauré et de la capacité des acteurs à provoquer le désir de changement et d'innovation. Des ACC clés en mains ont été validés par la HAS en 2006. Parmi ceux-ci, citons la prise en charge de la douleur chez la personne âgée non communicante et la diminution de la contention physique chez la personne âgée.

La méthode de l'audit est celle la plus connue et utilisée en France. Elle est adaptée à des domaines plus médicaux et utilisée comme la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou l'iatrogénie chez la personne âgée ainsi que dans des techniques soignantes comme la pose de cathéter périphérique

### **AC et ACC**

L'AC est une méthode d'évaluation largement utilisée dans les pays anglo-saxons et en France. Elle a été expérimentée par exemple en gériatrie dans les escarres dès 1990. En 2004, afin de mieux répondre aux besoins des professionnels, a été développé l'audit ciblé qui permet à l'aide d'un nombre réduit de critères, de mener une démarche d'amélioration en six mois. Cette méthode est centrée sur les pratiques de soins. Elle permet d'évaluer la pratique d'un acte limité ou la prise en charge d'une pathologie dans sa totalité. L'audit peut porter sur l'organisation des soins ou sur la pratique des soins auprès des malades. C'est une méthode de première intention « qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer des pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec

l'objectif de les améliorer ». Cette méthode ne présente, comme les autres, d'intérêt réel que si elle est accompagnée d'un plan d'amélioration lui-même mis en œuvre et évalué.

La réalisation et la mise en œuvre de l'ACC et de l'AC s'effectuent en quatre étapes qui s'inscrivent dans le cycle d'amélioration continue de la qualité *plan, do, check, act* ou « roue de Deming ».

### **Planifier (plan)**

Dans cette étape il s'agit d'impliquer les acteurs. Un chef de projet entouré d'une équipe détermine les délais et négocie les moyens à allouer et s'assure de l'avancée du projet. Un plan de communication est élaboré à cette étape. Il doit être simple, faire l'objet d'un document écrit ; toute personne concernée par la pratique évaluée doit être au courant de la démarche. La communication doit être organisée au niveau institutionnel, au niveau du groupe de pilotage et au niveau des unités, ou services, concernées par la démarche. En fonction de l'ampleur du projet, le nombre de personnes concernées peut être réduit à deux, trois personnes, notamment en EHPAD, mais la communication doit être uniforme auprès de toutes les personnes concernées par la pratique.

### **Faire (do)**

C'est l'étape où l'on élabore ou s'approprie le référentiel. Ce référentiel sert à créer une grille de recueil des données permettant aux évaluateurs de travailler. Elle est accompagnée d'un guide d'utilisation permettant d'éviter des interprétations interindividuelles sur le terrain et d'un protocole précisant le champ d'application, les critères d'inclusion, le type d'étude (prospectif, rétrospectif) les sources d'information et mode de recueil ainsi que la période et la taille de l'échantillon.

### **Analyser les résultats (check)**

Lors de cette étape, l'équipe projet identifie les points forts, analyse les écarts entre la pratique réelle et celle attendue, leurs causes et leurs conséquences.

### **Établir un plan d'amélioration et le suivre (act)**

L'équipe sélectionne et priorise les actions (critères les plus déficitaires ou mettant en jeu la sécurité des patients). Pour chaque action, les personnes chargées de la mise en œuvre sont identifiées ainsi que les moyens à mettre en œuvre. C'est lors de cette étape que les actions sont mises en place et suivies.

## **Prescription médicamenteuse chez la personne âgée (PMSA) et outils d'EPP du collègue professionnel des gériatres français (CPGF)**

Chez le sujet âgé, la polymédication est habituelle et souvent légitime, car le médicament est avant tout une chance pour le sujet malade. Mais, cette polymédication augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements et a un coût élevé. Mieux, prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique, dont témoigne les publications récentes dans des revues médicales prestigieuses sur l'optimisation de la PMSA comme sur l'évitabilité de l'iatrogénie médicamenteuse grave (Spinewine Lancet 2007 ; Pirohamed, Avorn, BMJ 2008). Vingt pour cent des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées en tout ou partie à un médicament : une amélioration dans ce domaine doit conduire à une baisse de ces hospitalisations indues, d'autant que cette iatrogénie est, plus que chez l'adulte plus jeune, en grande partie évitable et liée à des médicaments de prescription usuelle. Après avoir mis à disposition des programmes généraux sur la prescription chez le sujet âgé (PMSA 2005), la HAS a poursuivi avec les prescripteurs une réflexion plus centrée sur le mésusage des psychotropes chez l'octogénaire (Psycho-SA 2008). L'ensemble des prescripteurs est concerné : généralistes en premier lieu, gériatres, urgentistes, spécialistes d'organe, médecins coordonnateurs en EHPAD... Si le généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé de plus de 80 ans, il n'est pas le seul. Ainsi, dans le domaine des hypnotiques, nombre d'entre eux sont initiés lors d'une hospitalisation, puis poursuivis en ville ou en EHPAD. Ces travaux sont à disposition de tous les prescripteurs comme des organisations professionnelles comme ressources pour l'élaboration de programmes d'EPP adaptés à chaque type d'exercice et de spécialité. Ces aides proposées ne résument pas, loin s'en faut, l'ensemble des outils utilisables dans des programmes d'EPP. Les initiatives et propositions des professionnels peuvent être mises à

disposition de tous au sein de cet espace sur l'amélioration de la prescription chez l'octogénaire.

Le choix de recentrer la PMSA sur le sujet âgé de plus de 80 ans s'est imposé pour pouvoir offrir une réelle aide au prescripteur et ne pas rester dans les généralités.

Les trois principales raisons du choix de cette classe d'âge ont été les suivantes :

- le sujet âgé de plus de 80 ans a souvent :
  - une réserve fonctionnelle d'organes vitaux réduite par l'avancée en âge et des modifications de son homéostasie (exemple : régulation volémique) ;
  - plusieurs maladies chroniques ;
  - plusieurs traitements médicamenteux ;
  - l'approche par monopathologie doit être dépassée et une prise en charge globale doit être privilégiée. Ainsi, la dépression expose le sujet très âgé au risque d'une diminution de l'observance des traitements de ses comorbidités : ce point majeur doit être pris en considération ;
- le sujet âgé de plus de 80 ans est très souvent exclu des essais cliniques en pré-AMM et des études post-AMM. Les accidents iatrogènes sont insuffisamment notifiés en pharmacovigilance chez les sujets très âgés, eu égard à leur fréquence. Le prescripteur dispose de peu de données validées pour évaluer de façon précise chez un sujet octogénaire le rapport bénéfice/risque d'un traitement ; Ainsi, l'avis des médecins généralistes confrontés quotidiennement aux situations cliniques abordées prend d'autant plus de valeur ;
- le médecin traitant d'un sujet très âgé, qu'il vive à domicile ou en EHPAD, est presque toujours un généraliste. D'autres professionnels de santé sont souvent impliqués dans la gestion des traitements médicamenteux, notamment des infirmières. L'accès au spécialiste « d'organe » n'est pas toujours possible (éloignement géographique, densité médicale, handicap et confinement au domicile).

Il est nécessaire de réfléchir sur un parcours de soins coordonné, autour du médecin généraliste, pour diminuer les hospitalisations en urgence liées au médicament. Ainsi, cet espace thématique concerne l'ensemble des prescripteurs impliqués dans le parcours de soins.

### **Champ d'application**

Ces EPP « PMSA » s'adressent aux médecins gériatres ou non exerçant en service de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation gériatrique ou non, de soins de longue durée ou en EHPAD, en hôpital de jour, en consultations hospitalières.

Les programmes proposés suivent une logique allant du plus simple au plus complexe : de l'analyse de l'ordonnance, puis de l'analyse du dossier, puis de l'analyse du lien entre dossier et ordonnance.

Tous les programmes d'EPP proposés peuvent être utiles quel que soit le lieu d'exercice gériatrique du médecin.

Les secteurs concernés sont les unités de soins ou d'hébergement prenant en charge des patients très âgés de 80 ans et plus ou des patients plus jeunes, mais polypathologiques.

## Méthodes recommandées

### *Audits de pratiques*

Les audits de pratiques peuvent être réalisés selon une périodicité régulière, définie et justifiée par le médecin pilote de l'EPP. L'AC est plus adapté à une démarche institutionnelle dans le cadre par exemple d'une certification. Cette méthode est plus recommandée quand elle doit être transversale à plusieurs unités fonctionnelles ou pôles.

### *Revue de cas entre médecin*

La revue de cas comprend l'analyse de dossier des patients. Le nombre de dossiers à analyser ainsi que la périodicité de leur examen sont définis par le médecin pilote. La revue de dossier sera plus indiquée en cas d'exercice isolé, dans le cas de groupe de pairs au sein d'un seul service ou dans de petites unités.

Dans les deux cas, le travail consiste en une première évaluation de x dossiers, (variable selon les programmes d'EPP) l'élaboration de mesures d'amélioration à partir des critères déficitaires mis en lumière lors de cette évaluation, une deuxième évaluation du même nombre de dossiers deux à quatre mois plus tard et ne portant éventuellement que sur les critères devant être améliorés pouvant servir d'indicateur de suivi à une périodicité définie par le pilote.

### *Sources d'information*

Les informations sont recueillies à partir : des dossiers du patient (notes d'observation), des ordonnances et prescriptions des comptes rendus de sortie des courriers au médecin traitant

## EPP : évaluation de l'ordonnance

### *Grille de recueil (annexe 1)*

#### Patient

#### Ordonnance

- Elle est structurée par domaine pathologique ;
- elle ne comprend pas plus de deux psychotropes, benzodiazépines (BZD) incluses (\*) ;

- elle ne comprend pas plus d'un AINS ;
- elle ne comprend pas plus d'une BZD ;
- elle ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux ;
- elle ne comprend pas deux médicaments dont l'association est contre-indiquée ;
- elle ne comprend pas deux médicaments dont l'association est illogique (exemple : anticholinergiques, anticholinestérasiques) ;
- elle indique la clairance de la créatinine ;
- elle indique le poids du patient ;
- elle précise la durée de prise pour chaque médicament ;
- elle précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament ;
- elle adapte la galénique aux capacités de prise du patient.

Dans un audit de pratiques, l'évaluation initiale porte sur l'ensemble des critères, mais la deuxième évaluation après la mise en place des axes d'amélioration ne porte que sur les critères déficitaires.

Dans une revue de cas entre médecins, les évaluations ultérieures peuvent ne porter que sur un ou deux critères, puis une fois l'amélioration obtenue sur ceux-ci, des axes d'amélioration sont mis en place pour deux autres critères, etc.

### *Guide d'utilisation de la grille de recueil des données*

*Critère 1* : la structuration de l'ordonnance est d'autant plus importante que le nombre de médicaments est élevé. Elle favorise la lisibilité permettant de s'assurer de l'absence de duplication thérapeutique.

*Critère 2* : la limitation de psychotropes chez le sujet âgé est justifiée par le risque iatrogénique. La dépression du sujet âgé, souvent à forme anxieuse, ne justifie pas la prise de BZD au long cours. Les troubles du comportement du sujet âgé peuvent faire appel aux neuroleptiques, mais habituellement pour une durée limitée. Les psychotropes comprennent : les hypnotiques, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs.

*Critères 3 et 4* : la prise de médicaments d'une même classe augmente le risque iatrogénique sans améliorer l'efficacité (AINS, BZD).

*Critère 5* : les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (avis de la commission de la transparence, 25 février 2004, disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Une plainte mnésique persistante doit conduire à un bilan neuropsychologique.

*Critère 6* : il est impossible de mémoriser l'ensemble des contre-indications médicamenteuses, d'où la nécessité de recourir au moindre doute à un guide de prescription comme le dictionnaire Vidal. En cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable ».

*Critère 7* : en cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable ».

*Critère 8* : le fait d'écrire la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale. De plus, cela permet de transmettre ces données à tous les autres médecins du patient.

*Critère 12* : le broyage du médicament ou l'ouverture des gélules doit tenir compte de la modification que cela entraîne. Éviter de mélanger les médicaments broyés ou le contenu des gélules, car cela risque de modifier l'efficacité et la cinétique du médicament ainsi que de provoquer une irritation locale.

### **Méthode de travail**

#### Ordonnances

Dix ordonnances successives, avec les dossiers correspondants de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et *polypathologiques*). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques.

#### Modalités

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation de l'ordonnance sont remplies en regard des éléments notés sur les ordonnances et les dossiers correspondants ;
- compléter la table des résultats (mise en annexe) et analyser sa pratique ;
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité ;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne  $n + 1$ . La colonne  $n + 2$  et/ou  $n + \dots$  pourra être utilisée dans une démarche continue.

### **EPP : évaluation des dossiers**

#### **Grille de recueil (annexe 2)**

Le dossier comporte :

- les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse) ;
- les coordonnées du médecin traitant ;
- la liste classée des pathologies (antécédents significatifs, pathologies aiguës, pathologies chroniques actives) ;
- la liste complète des médicaments prescrits, classés par domaine pathologique ;
- avec les posologies ;
- la clairance de la créatinine (lors du séjour ou datant de moins d'un mois) ;
- la mesure du poids lors du séjour (datant de moins de deux mois si séjour prolongé) ;
- la recherche d'hypotension orthostatique ;

- les objectifs thérapeutiques pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation ;
- l'argumentaire de prise en charge thérapeutique pour chaque pathologie ;
- le suivi de l'efficacité pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation ;
- le suivi de la tolérance pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation ;
- l'éventuel refus du patient à être traité ;
- une appréciation sur l'observance du patient (*adhésion au traitement médicamenteux*) ;
- la personne gérant le traitement au quotidien (*le malade ou une tierce personne*) ;
- une appréciation de l'automédication du patient (*oui ou non, si oui médicaments notés*) ;
- à l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des médicaments ;
- à l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des examens à faire dans le mois.

### **Guide d'utilisation de la grille de recueil des données**

*Critères 3 et 4* : la structuration de la liste des médicaments est d'autant plus importante que le nombre de médicaments est élevé. Elle favorise la lisibilité permettant de s'assurer de l'absence de duplication thérapeutique.

*Critères 5, 6, 7* : le fait de préciser la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale.

*Critère 8* : la recherche d'hypotension orthostatique doit se faire en cas de présence de traitements occasionnant une hypotension comme les antihypertenseurs ou les psychotropes.

*Critères 9, 10, 11, 12* : Il est important d'avoir des réflexions sur le rapport bénéfice/risque des médicaments prescrits, mais aussi de repérer des pathologies insuffisamment traitées (démence, ostéoporose, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle). Ces réflexions conduisent à évaluer le bon usage, le mésusage et la sous-utilisation des médicaments.

*Critère 13* : selon la loi du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005, le refus du patient doit être retrouvé à deux reprises dans un délai raisonnable dans le dossier.

*Critère 14* : le dossier doit permettre de repérer les difficultés de prise des médicaments.

*Critères 15 à 18* : ces critères concernent plus les patients étant ou retournant à domicile.

### **Méthode de travail**

Le nombre de critères (de 4 à 18) est défini par le pilote de l'EPP en fonction de la faisabilité dans la structure et des axes d'amélioration attendus.

## Dossiers à inclure

Dossiers minimum (les derniers admis ou tirés au sort selon méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients de plus de 80 ans ou plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques. Le nombre de dossiers peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs, du nombre d'activités de soins et du nombre de critères choisis.

## Modalités

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier sont remplies en regard des éléments notés dans le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité ;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne  $n + 1$ . La colonne  $n + 2$  et/ou  $n + \dots$  pourra être utilisée dans une démarche continue.

## EPP : évaluation des ordonnances avec dossiers

### Grille de recueil (annexe 3)

#### Ordonnance

*Critère 1* : elle est identique au traitement noté dans le dossier ;

*Critère 2* : elle ne comprend pas de médicament sans indication documentée dans le dossier ;

*Critère 3* : elle comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter notées dans le dossier.

### Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

*Critère 1* : les modifications de traitement sont fréquentes chez le sujet âgé du fait de l'évolution des pathologies et des différents prescripteurs. Il est donc essentiel de s'assurer de la congruence entre le traitement noté dans le dossier et l'ordonnance.

*Critère 2* :

- beaucoup de traitements sont donnés à visée symptomatique sans démarche diagnostique étiologique. Une démarche rigoureuse s'impose chez le sujet âgé, malgré ses difficultés de réalisation. Elle permet de diminuer la polymédication sans perte de chances pour le patient ;
- l'indication d'un traitement peut disparaître du fait de :
  - l'échappement thérapeutique (exemple : arrêt des anticholinestérasiques dans les formes très sévères de démence) ;

- la guérison de la maladie (exemple : arrêt des inhibiteurs de la pompe à proton après la guérison de l'ulcère) la comorbidité évolutive avec une espérance de vie réduite amenant à réviser les objectifs.

*Critère 3* : certaines pathologies sont insuffisamment traitées chez le sujet âgé comme l'insuffisance coronaire (traitement par excès de vasodilatateurs nitrés et par défaut de bêta-bloquant et d'antiagrégant) ou comme l'insuffisance cardiaque (sous prescription d'IEC ou à posologie insuffisante) d'où l'importance de vérifier l'adéquation entre la liste des pathologies à traiter et l'ordonnance afin d'instaurer le traitement adéquat.

## Méthode de travail

### Dossiers à inclure :

- ordonnances minimum (les derniers admis ou tirés au sort selon méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients âgés de plus de 80 ans ou de plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques ;
- le nombre d'ordonnances peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs, du nombre d'activités de soins.

## Modalités

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier sont remplies en regard des éléments notés sur l'ordonnance et dans le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité ; l'analyse des résultats est compliquée du fait de la polypathologie. L'élaboration des axes d'amélioration se fait au regard des pathologies « peu », « mal » ou « trop » traitées. Le résultat peut être décliné par pathologie, ce qui permet de dégager des axes d'amélioration ;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne  $n + 1$ . La colonne  $n + 2$  et/ou  $n + \dots$  pourra être utilisée dans une démarche continue.

## EPP : évaluation des comptes rendus de sortie

### Grille de recueil (annexe 4)

#### Compte rendu de sortie

*Critère 1* : est adressé au médecin traitant dès la sortie du patient (sous 48 heures).

*Critère 2* : est conservé dans le dossier.

*Critère 3* : explique les modifications de traitement, le cas échéant.

### **Méthode de travail**

Professionnels concernés

Médecins responsables du patient lors du séjour hospitalier (surtout court séjour, soins de suite).

Comptes rendus à inclure

Dix comptes rendus de sortie, tirés au sort, de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques.

Modalités

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du compte rendu sont remplies en regard des éléments notés dans le compte rendu de sortie et dans le dossier patient ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- si un suivi ultérieur est réalisé, les résultats seront notés dans la colonne  $n + 1$  si nécessaire, en s'appuyant sur les aides à la mise en œuvre des bonnes pratiques.

### **EPP : évaluation courrier au médecin traitant**

#### **Grille de recueil (annexe 5)**

Courrier au médecin traitant

*Critère 1* : il est adressé au médecin traitant dans les 48 heures suivant la consultation.

*Critère 2* : il est conservé dans le dossier.

*Critère 3* : il explique les modifications de traitement, le cas échéant, définit les critères de suivi pour tout nouveau.

*Critère 4* : il définit les critères de suivi pour tout nouveau traitement.

### **Méthode de travail**

Professionnels concernés : médecin prescripteur occasionnel du patient (consultation, hôpital de jour, médecin coordinateur).

Courriers à inclure :

- dix courriers au médecin traitant, tirés au sort, de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques ;
- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du courrier au médecin traitant sont remplies en regard des éléments notés dans le courrier et dans le dossier du patient. Compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne  $n + 1$ . La colonne  $n + 2$  et/ou  $n + \dots$  pourra être utilisée dans une démarche continue.

### **Conclusion**

La polymédication du sujet âgé est légitime (polypathologie), mais elle augmente le risque iatrogénique : (20 % des hospitalisations des plus de 80 ans). Elle exige un effort de la part de tous les prescripteurs concernés. Évaluer ses pratiques, repérer les carences, mettre en place des améliorations, vérifier leur efficacité est de ce fait une chance que nous devons saisir pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.



## Annexe 1 Évaluation de l'ordonnance

### Grille de recueil

	Patient :	Date : __/__/__		
	L'ordonnance :	Oui	Non	NA
1	Est structurée par domaine pathologique			
2	Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses (*)			
3	Ne comprend pas plus de 1 AINS			
4	Ne comprend pas plus de 1 BZD			
5	Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux			
6	Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée			
7	Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (exemple anticholinergiques, anticholinestérasiques)			
8	Indique la clairance de la créatinine			
9	Indique le poids du patient			
10	Précise la durée de prise pour chaque médicament			
11	Précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament			
12	Adapte la galénique aux capacités de prise du patient			

### Guide d'utilisation

Critère 1	La structuration de l'ordonnance est d'autant plus importante que le nombre de médicaments est élevé. Elle favorise la lisibilité permettant de s'assurer de l'absence de duplication thérapeutique.
Critère 2	La limitation de psychotropes chez le sujet âgé est justifiée par le risque iatrogénique. La dépression du sujet âgé, souvent à forme anxieuse, ne justifie pas la prise de benzodiazépines au long cours. Les troubles du comportement du sujet âgé peuvent faire appel aux neuroleptiques, mais habituellement pour une durée limitée. Les psychotropes comprennent : les hypnotiques, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs.
Critères 3 et 4 :	La prise de médicaments d'une même classe augmente le risque iatrogénique sans améliorer l'efficacité (AINS, BZD).
Critère 5	Les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (avis de la commission de la transparence, 25 février 2004, disponible sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> ). Une plainte mnésique persistante doit conduire à un bilan neuropsychologique.
Critère 6	Il est impossible de mémoriser l'ensemble des contre-indications médicamenteuses, d'où la nécessité de recourir au moindre doute à un guide de prescription comme le dictionnaire Vidal. En cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable ».
Critère 7	En cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable ».
Critères 8 et 9	Le fait d'écrire la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale. De plus, cela permet de transmettre ces données à tous les autres médecins du patient.
Critère 12	Le broyage du médicament ou l'ouverture des gélules doit tenir compte de la modification que cela entraîne. Éviter de mélanger les médicaments broyés ou le contenu des gélules, car cela risque de modifier l'efficacité et la cinétique du médicament ainsi que de provoquer une irritation locale.

### Méthode de travail

#### Ordonnances :

Dix ordonnances successives, avec les dossiers correspondants, de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et polypathologiques).

## Annexe 2 Évaluation du dossier

### Grille de recueil

#### Modalités :

En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation de l'ordonnance avec dossier sont remplies en regard des éléments notés sur les ordonnances et les dossiers correspondants.

Patient :		Date : __/__/__		
Le dossier comporte :		Oui	Non	NA
1	Les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse).			
2	Les coordonnées du médecin traitant.			
3	La liste classée des pathologies (antécédents significatifs, pathologies aiguës, pathologies chroniques actives)			
4	La liste complète des médicaments prescrits, classés par domaine pathologique.			
5	Avec les posologies.			
6	La clairance de la créatinine (lors du séjour ou datant de moins d'un mois).			
7	La mesure du poids lors du séjour (datant de moins de deux mois si séjour prolongé).			
8	La recherche d'hypotension orthostatique.			
9	Les objectifs thérapeutiques pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation.			
10	L'argumentaire de prise en charge thérapeutique pour chaque pathologie.			
11	Le suivi de l'efficacité pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation.			
12	Le suivi de la tolérance pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation.			
13	L'éventuel refus du patient à être traité.			
14	Une appréciation sur l'observance du patient (adhésion au traitement médicamenteux).			
15	La personne gérant le traitement au quotidien (le malade ou une tierce personne)			
16	Une appréciation de l'automédication du patient (oui ou non, si oui médicaments notés).			
17	À l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des médicaments.			
18	À l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des examens à faire dans le mois.			

#### Guide d'utilisation

Critères 3 et 4	La structuration de la liste des médicaments est d'autant plus importante que le nombre de médicaments est élevé .Elle favorise la lisibilité permettant de s'assurer de l'absence de duplication thérapeutique.
Critères 5, 6, 7	Le fait de préciser la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale.
Critère 8	La recherche d'hypotension orthostatique doit se faire en cas de présence de traitements occasionnant une hypotension comme les antihypertenseurs ou les psychotropes.
Critères 9 à 12	Il est important d'avoir des réflexions sur le rapport bénéfice/risque des médicaments prescrits, mais aussi de repérer des pathologies insuffisamment traitées (démence, ostéoporose, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle). Ces réflexions conduisent à évaluer le bon usage, le mésusage et la sous-utilisation des médicaments.
Critère 13	Selon la loi du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005, le refus du patient doit être retrouvé à deux reprises dans un délai raisonnable dans le dossier
Critère 14	Le dossier doit permettre de repérer les difficultés de prise des médicaments.
Critères 15 à 18	Ces critères concernent plus les patients étant ou retournant à domicile.

#### Méthode de travail

##### Dossiers :

- Cinq dossiers minimum, les derniers admis ou tirés au sort selon la méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients de plus de 80 ans (ou plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques ;

- le nombre de dossiers peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs, du nombre d'activités de soins et du nombre de critères choisis.

#### **Critères :**

Nombre de critères (4 à 18) défini par le pilote

#### **Modalités :**

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier remplies en regard des éléments notés dans le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- élaboration d'axes d'amélioration sur quelques critères, en tenant compte de leur faisabilité ;
- deuxième évaluation sur ces critères ;
- → possibilité démarche continue...

## **Annexe 3 Ordonnance avec le dossier**

### **Grille de recueil**

<b>Patient :</b>		<b>Date :</b> _ _ _	
<b>L'ordonnance :</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
1	Est identique au traitement noté dans le dossier		
2	Ne comprend pas de médicament sans indication, les coordonnées du médecin traitant		
3	Comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter notées dans le dossier		

### **Guide d'utilisation**

Critère 1	Les modifications de traitement sont fréquentes chez le sujet âgé du fait de l'évolution des pathologies et des différents prescripteurs. Il est donc essentiel de s'assurer de la congruence entre le traitement noté dans le dossier et l'ordonnance.
Critère 2	Beaucoup de traitements sont donnés à visée symptomatique sans démarche diagnostique étiologique. Une démarche rigoureuse s'impose chez le sujet âgé, malgré ses difficultés de réalisation. Elle permet de diminuer la polymédication sans perte de chances pour le patient. L'indication d'un traitement peut disparaître du fait de : l'échappement thérapeutique (exemple : arrêt des anticholinestérasiques dans les formes très sévères de démence) ; la guérison de la maladie (exemple : arrêt des inhibiteurs de la pompe à proton après la guérison de l'ulcère) ; la comorbidité évolutive avec une espérance de vie réduite amenant à réviser les objectifs thérapeutiques.
Critère 3	Certaines pathologies sont insuffisamment traitées chez le sujet âgé comme l'insuffisance coronaire (traitement par excès de vasodilatateurs nitrés et par défaut de bêtabloquant et d'antiagrégant) ou comme l'insuffisance cardiaque (sous prescription d'IEC ou à posologie insuffisante) d'où l'importance de vérifier l'adéquation entre la liste des pathologies à traiter et l'ordonnance afin d'instaurer le traitement adéquat.

## **Méthode de travail**

### **Dossiers :**

- cinq ordonnances avec dossiers au minimum, les derniers admis ou tirés au sort selon la méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients de plus de 80 ans (ou plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques ;
- le nombre d'ordonnances peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs, du nombre d'activités de soins et du nombre de critères choisis.

**Modalités :**

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier remplies en regard des éléments notés sur l'ordonnance et dans le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- dégager des axes d'amélioration sur quelques critères en tenant compte de leur faisabilité. L'analyse des résultats est compliquée du fait de la polypathologie. L'élaboration des axes d'amélioration se fait au regard des pathologies « peu », « mal » ou « trop » traitées. Le résultat peut être décliné pathologie par pathologie, ce qui permet de dégager des axes d'amélioration ;
- deuxième évaluation sur ces critères ;
- → possibilité démarche continue...

**Annexe 4 Compte rendu de sortie****Grille de recueil**

Patient :		Date : __ __ __
Le compte rendu de sortie :		Oui    Non    NA
1	Est adressé au médecin traitant dès la sortie du patient (sous 48 heures)	
2	Est conservé dans le dossier	
3	Explique les modifications de traitement, le cas échéant	

**Méthode de travail****Professionnels concernés :**

Médecins responsables du patient lors du séjour hospitalier (surtout court séjour, soins de suite).

**Comptes rendus :**

Dix comptes rendus au minimum, les derniers patients sortis ou tirés au sort selon méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients de plus de 80 ans (ou plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques.

**Modalités :**

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier remplies en regard des éléments notés dans le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- élaboration d'axes d'amélioration sur quelques critères, en tenant compte de leur faisabilité ;
- deuxième évaluation sur ces critères
- → possibilité démarche continue...

## Annexe 5 Courrier au médecin traitant

### Grille de recueil

Patient :		Date : __ __ __
Le courrier au médecin traitant :		Oui    Non    NA
1	Est adressé au médecin traitant dans les 48 heures suivant la consultation	
2	Est conservé dans le dossier	
3	Explique les modifications de traitement, le cas échéant	
4	Définit les critères de suivi pour tout nouveau traitement, le cas échéant	

### Méthode de travail

#### Professionnels concernés :

Médecin prescripteur occasionnel du patient (consultation, hôpital de jour, médecin coordinateur).

#### Comptes rendus :

Dix courriers au médecin traitant au minimum, les derniers patients sortis ou tirés au sort selon la méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoire chez des patients de plus de 80 ans (ou plus de 65 ans et polypathologiques). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65–80 ans monopathologiques.

#### Modalités :

- En rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier remplies en regard des éléments notés dans le courrier et le dossier ;
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- élaboration d'axes d'amélioration sur quelques critères, en tenant compte de leur faisabilité ;
- deuxième évaluation sur ces critères ;
- → possibilité démarche continue...