

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Jacques-André Haury - Surmédicalisation des patients âgés : que se passe-t-il à Cery ?

Rappel de l'interpellation

" Cery n'est plus un enfer pour les patients âgés " titre 24heures dans son édition du 22 janvier 2015. Federico Camponovo nous apprend que, à la suite d'une publication dans le même quotidien, fin 2013, le chef du Département de la santé et de l'action sociale a diligenté une enquête sur la prise en charge des patients dans le service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA).

Le résultat de l'enquête, menée par la CIVESS (Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux), serait " accablant ", selon le journaliste. Le rapport, naturellement, n'a pas été publié.

Des mesures ont d'ores et déjà été prises en ce qui concerne la disposition des locaux.

Mais un autre élément retient notre attention. A la suite de cette enquête, une étude a été demandée par le chef du Département de la santé et de l'action sociale sur les prescriptions médicamenteuses faites dans le SUPAA, en comparaison avec d'autres établissements.

Il y a longtemps que des voix — celles de patients, de proches de patients, de médecins, notamment — s'inquiètent de l'excès de médicaments administrés aux patients, notamment à nos aînés. Je rappelle que je suis déjà intervenu à plusieurs occasions et de diverses manières sur ce thème, notamment dans un postulat déposé en novembre 2007, dans lequel je remarquais notamment :

" La iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire l'effet potentiellement nuisible d'un médicament ou, surtout, de la combinaison de plusieurs médicaments, a-t-elle, dans l'enseignement pré- et postgradué la place qu'elle mérite ? "

Il aura fallu le témoignage — relayé par 24heures — d'une épouse scandalisée que son mari " ait été transformé en zombie " par les neuroleptiques administrés dans le SUPAA, puis une enquête demandée par le chef du Département de la santé et de l'action sociale pour que soit entreprise cette étude sur les pratiques en matière de prescriptions médicamenteuses. Ce type de réflexion devrait faire partie des préoccupations quotidiennes des cadres d'un service universitaire. On veut croire que cette étude aurait été entreprise même si 24heures n'avait pas tiré la sonnette d'alarme.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas admissible de laisser planer dans la population l'idée que les patients âgés qui sont pris en charge par le SUPAA à Cery vont être assommés et neutralisés à coups de neuroleptiques. C'est d'autant plus important que le SUPAA a fonction d'exemplarité pour tous les établissements prenant en charge des patients âgés.

Si l'étude démontre des prescriptions excessives, des mesures de correction devront être prises. Et, dans le cas contraire, les conclusions rassurantes devront être publiées.

Nous demandons au Conseil d'Etat de renseigner le Grand Conseil sur les mesures prises à la suite du rapport de la CIVESS, tout particulièrement en matière de prescriptions médicamenteuses dans le SUPAA.

Réponse du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat apporte les réponses suivantes aux questions de l'interpellation qui interroge la qualité de la prise en charge des soins et de la prescription médicamenteuse dans le domaine de la psychiatrie des personnes âgées et plus généralement sur la poly-médication des personnes âgées.

Précisons que la CIVESS a été créée au 1.1.2013 dans le but d'étendre le contrôle des prises en charge à l'ensemble des établissements sanitaires et sociaux vaudois, notamment l'extension du périmètre aux établissements psychiatriques. En 2013 et 2014 les premières inspections se sont déroulées.

Le Conseil d'Etat informe que le rapport de la CIVESS tire un bilan globalement positif dans les trois secteurs cantonaux du Département de psychiatrie du CHUV, y compris le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), notamment au niveau des soins aux patients et de la formation. Cependant, quelques points ont fait l'objet de recommandations et un programme d'amélioration est en cours de réalisation. Ces points concernent principalement les aspects architecturaux et l'encadrement soignant.

La fermeture décidée de 30 lits au SUPAA, qui passera de 80 à 50 lits d'ici juillet 2016, permet d'améliorer fortement l'architecture de ces locaux, qui n'est plus adaptée. Ce constat a d'ailleurs été fait il y a plusieurs années et a conduit au projet de reconstruction de Cery accepté par le Grand Conseil. Le nombre de lits par chambre a été diminué et des locaux communs rénovés.

Cette fermeture de lits donnera lieu à une amélioration du taux et de la qualité de l'encadrement soignant et ira de pair avec un renforcement des moyens engagés dans les EMS pour éviter les hospitalisations en provenance des EMS. Le suivi des recommandations du rapport de la CIVESS concerne également l'accueil, la signalétique et la communication aux patients et aux proches, domaines dans lesquels plusieurs démarches ont été entreprises pour renforcer et améliorer les structures et les pratiques.

En 2015, le CHUV a mené une enquête interne sur la prescription des psychotropes dans ses différents services psychiatriques. Elle a été effectuée par le chef de l'Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique. Les résultats indiquent que cette prescription est satisfaisante chez les personnes adultes. Quant aux résultats pour les personnes âgées, rendus en juillet 2015, ils montrent que les premières mesures prises depuis plusieurs mois par le chef de service du SUPAA sont encore insuffisantes et méritent d'être complétées et renforcées.

Ainsi, cette analyse, centrée sur la prescription de médicaments psychotropes, met en évidence que la proportion de patients âgés recevant des doses de médicaments supérieures à celles recommandées par Swissmedic est relativement faible ; elle est globalement inférieure à 10%, excepté pour un produit, la rispéridone, pour lequel le taux est de 17%. En revanche, si l'on applique les recommandations de groupes d'experts établies essentiellement comme traitement de première ligne pour une population psychiatrique âgée générale, cette proportion augmente, allant jusqu'à 67% pour un produit, l'aripiprazole. Par ailleurs, en ce qui concerne les antidépresseurs, les proportions en regard des recommandations de Swissmedic et des recommandations de groupes d'experts sont supérieures à 20% pour les antidépresseurs les plus prescrits.

Une analyse plus approfondie d'un nombre significatif de situations montre des inadéquations dans la prescription de psychotropes en tenant compte des spécificités des troubles somatiques presque toujours présents chez ces patients, par exemple une insuffisance rénale ou hépatique, qui influence l'élimination des médicaments et rend le dosage plus difficile. Les interactions médicament-maladie sont parfois inévitables, par exemple aggravation d'un syndrome parkinsonien suite à la prescription

d'un neuroleptique pour état d'agitation, mais l'attention portée à ces interactions doit encore être améliorée. Enfin, il y a également un risque non négligeable d'atteinte fonctionnelle (mobilité, continence, indépendance etc).

La typologie des personnes âgées admises à l'hôpital psychiatrique universitaire de Cery est celle d'admissions demandées en dernier recours, quand toutes les autres solutions ont été tentées et épuisées. Ces patients âgés ont des problèmes de santé très complexes et graves, qui allient problèmes somatiques et psychiques pour lesquels les soins en EMS, dans les hôpitaux somatiques ou à domicile ne sont plus suffisants. La complexité des diagnostics implique la définition d'un plan de prise en charge adaptée à chaque situation qui mobilise plusieurs professions (infirmiers, psychiatres, psychologues, gériatres, ergothérapeutes, physiothérapeutes etc.) et, cas échéant, la prescription d'une médication spécifique.

La médication est une préoccupation importante pour le chef de service du SUPAA. Avec ses équipes, il a déjà mis en place plusieurs mesures périodiques concernant les médicaments utilisés en psychiatrie de la personne âgée, tels que :

- Colloque pharmacologique hebdomadaire.
- Soutien par une pharmacienne consultante.
- Recueil et suivi en temps réel de l'ensemble des effets secondaires potentiels et réels via une délégation infirmière en voie d'élaboration (engagement à temps partiel d'un infirmier clinicien depuis le 1er janvier 2015 dont une des tâches est la mise en place d'une formation dans ce domaine).
- Poursuite de l'optimisation des approches non-médicamenteuses comportant aussi des recherches collaboratives ciblées sur les symptômes comportementaux et psychologiques des démences.

Suite aux conclusions du rapport du CHUV, deux mesures principales vont être mises en place à court terme.

1. D'une part, la présence plus importante de personnel compétent en psychopharmacologie clinique dans toutes les unités du SUPAA en collaboration étroite avec l'Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique.
2. D'autre part, une présence plus régulière d'un gériatre qui améliorera l'analyse des troubles somatiques des patients psychiatriques, en particulier ceux qui peuvent interagir avec la médication prescrite. Cette approche mixte, somatique et psychiatrique, doit permettre de mieux identifier les effets secondaires somatiques potentiels, tels que globe urinaire, état confusionnel, chute, hypotension orthostatique ou un syndrome parkinsonien.

Un audit de contrôle aura lieu d'ici fin mars 2016 au SUPAA pour s'assurer que les mesures ont bien été mises en œuvre et qu'elles sont efficaces.

Ces nouvelles mesures seront accompagnées de la poursuite des efforts déjà initiés par le SUPAA pour disposer d'alternatives aux traitements psychotropes pour les personnes âgées, en développant des approches non-pharmacologiques et des moyens pharmacologiques alternatifs moins lourds. Des mesures de sécurité de la prescription seront également mises en place, notamment, par l'ajustement de la dotation médicale du SUPAA au niveau de celle de la psychiatrie générale, ce qui sera atteint en juillet 2016, et d'autre part par l'instauration d'un double contrôle par un gériatre somaticien.

De plus, le Service de la santé publique (SSP) mandatera un spécialiste en pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique pour auditer pendant le 1er semestre 2016 tous les autres secteurs de la psychiatrie de l'âge avancé du canton.

Plus globalement, cette interpellation est l'occasion de poser une réflexion plus générale sur la qualité des soins aux personnes âgées :

- celles souffrant de troubles psychiatriques ou présentant des troubles du comportement en lien avec une démence. En effet, l'intrication de problèmes somatiques et psychiatriques rend les enjeux de prise en charge particulièrement délicats dans cette population qui va augmenter fortement ces prochaines années. Or, aujourd'hui les soins stationnaires sont organisés par discipline et cette organisation ne favorise pas toujours une approche globale de la personne souffrant de plusieurs maladies chroniques, comme cela est très souvent le cas des personnes âgées.

Dans le but de répondre à ces besoins spécifiques de qualité des soins, le Chef du DSAS a demandé au SSP de déterminer les éléments nécessaires à une amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées hospitalisées. Plus spécifiquement, le CHUV devra fournir au SSP des propositions de réformes de l'organisation de son système stationnaire hospitalier, notamment dans le domaine de la gériatrie, de la psychiatrie de l'âge avancé et des soins palliatifs gériatriques. Cette réflexion devra également être élargie par le SSP à tous les lieux de traitement ou d'hébergement des personnes âgés, à savoir les hôpitaux somatiques, les EMS et à terme également au domicile où le bénéfice en terme de santé publique pourrait être plus important encore.

Plus largement, le SSP est en train de mettre en place, via le dossier électronique du patient (DEP), un système d'échange d'informations entre le patient et les professionnels qui l'accompagnent dans sa situation dans le but d'éviter le risque de sur-prescription ou sur-consommation médicamenteuse (projet " plan de médication partagé ").

En conclusion, le Conseil d'Etat a pris acte des conclusions des rapports du CHUV sur les psychotropes. Il en approuve les décisions prises et les mesures mises en place pour pallier les insuffisances constatées, tout comme le plan d'action plus étendu à mettre en place entre le SSP et le CHUV.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 octobre 2015.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean



Département de psychiatrie
Centre de neurosciences psychiatriques
Site de Cery
CH-1008 Prilly - Lausanne

CHUV | Centre hospitalier universitaire vaudois, UPPC, Cery

Analyse de la prescription de médicaments psychotropes au sein du Service de Psychiatrie Générale (PGE)

G Sibailly, Dr N Ansermot, Prof CB Eap

Table des matières

| | |
|----------------------------|---------------|
| I. Contexte..... | page 3 |
| II. Objectif..... | page 3 |
| III. Méthode..... | page 3 |
| IV. Résultats..... | page 4 |
| V. Discussion..... | page 5 |
| VI. Conclusion..... | page 6 |

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des références utilisées

Annexe 2 : Procédure de l'analyse détaillée des prescriptions de psychotropes

Contexte

A l'instar de l'analyse de la prescription de psychotropes réalisée au sein du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé SUPAA (uniquement les unités UTAP et UTPO), un travail similaire a été conduit pour la Psychiatrie Générale (PGE) au sein des sections Jaspers (PGHH) et Minkowski (PGMH).

I. Objectif

Analyse de l'adéquation de la médication psychotrope en fonction des critères de l'Institut Suisse des Produits Thérapeutiques (Swissmedic 2014) et/ou des recommandations d'experts (voir annexe 1).

II. Méthode

Il s'agit d'examiner pour chacun des patients, et sur la base de dossiers médicaux informatisés, l'adéquation des prescriptions de psychotropes, en termes d'indication, posologie, contre-indication, mise en garde et précautions, interactions selon les monographies de Swissmedic et le cas échéant de les pondérer avec d'autres recommandations d'experts. Les dossiers ont été sélectionnés par ordre alphabétique, dans la liste d'extraction de données des patients répondants aux critères prédéfinis, soit : les 50 premiers patients pour chacune des sections Jaspers et Minkowski, ayant été hospitalisés pour une période minimale d'un mois dans la période couvrant juin à décembre 2014. Les critères d'analyse se trouvent en annexe 2). Les inadéquations relevées ont été caractérisées de la manière suivante :

Catégorie A : Inadéquation selon Swissmedic dont la relevance clinique est difficile à juger

Catégorie B : Inadéquation

Catégorie C : Inadéquation ayant conduit de façon avérée à une issue fatale.

III. Résultats

En raison du délai imparti, seuls 25 dossiers informatisés de patients hospitalisés ont pu être examinés dans le détail (nombre initial de patients prévu : 30). Les prescriptions de psychotropes ont été analysées en tenant compte du diagnostic principal, des comorbidités, de la comédication, et des valeurs de laboratoire lorsqu'elles étaient disponibles. Le collectif de patients était constitué de 16 hommes et 9 femmes, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Parmi les 25 situations, 15 (section Jaspers) consistaient en la prise en charge des troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires ou schizo-affectifs bipolaires), des troubles anxieux (troubles paniques, phobies, troubles obsessionnels-compulsifs) et des troubles de la personnalité. Quant aux 10 cas restant (section Minkowski,) ils concernent les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés.

Une moyenne de 4 médicaments psychotropes par patient a été relevée. Sur un total de 101 prescriptions, 7 inadéquations (7%) ont été dénombrées (5 de catégorie A et seulement 2 de catégorie B); elles se répartissent entre 7 patients sur 25 (soit 28%), comme illustré sur la figure 1.

La figure 2, illustre quant à elle, le nombre de prescriptions de psychotropes réparties parmi les différentes catégories d'inadéquation. Les résultats ont été établis à partir d'une grille d'évaluation.

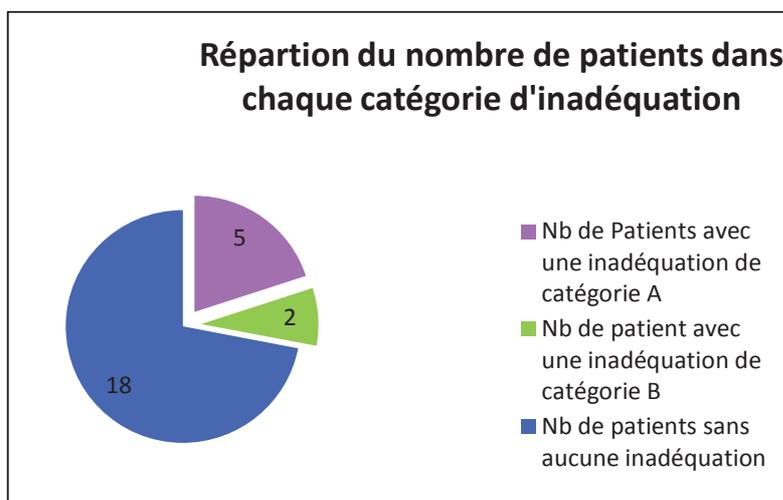


Figure 1

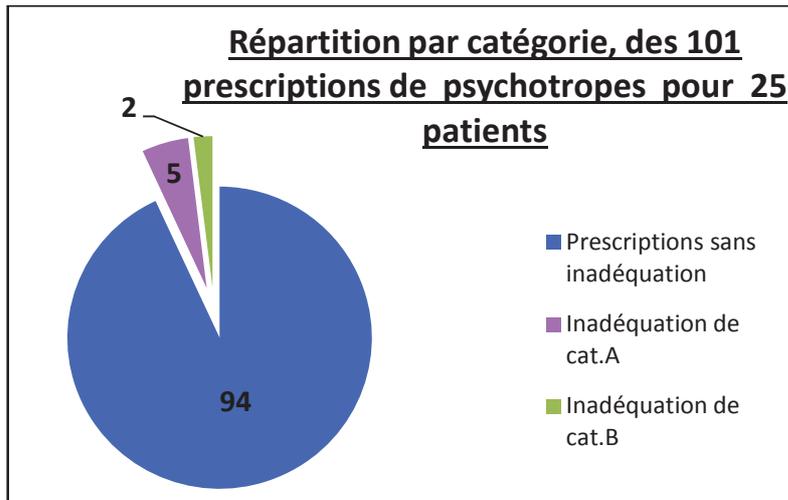


Figure 2

IV. Discussion

Les deux inadéquations cliniquement significatives (concernant 2% des prescriptions totales) sont toutes deux des contre-indications. Dans le premier cas, de la quéliapine a été introduite et majorée jusqu'à une posologie élevée, alors que la patiente, déjà sous méthadone, avait notamment comme comédications deux puissants inhibiteurs du CYP3A4 (ritonavir et atazanavir). De ce fait, la concentration plasmatique de la quéliapine était très probablement fortement augmentée, (il n'y a pas eu de contrôle des taux sanguins, ni d'ECG à priori), exposant ainsi la patiente à un risque accru de toxicité et un risque d'allongement de l'intervalle QT. Pour la deuxième situation, une comorbidité (glaucome) n'a pas été prise en compte dans les contre-indications pour l'instauration du traitement de lévomépromazine (Nozinan®).

Ces deux exemples illustrent le fait qu'une prescription de médicament psychotrope ne doit pas tenir compte uniquement de la maladie psychiatrique, mais également des comorbidités et de la comédication somatique.

Le nombre faible d'inadéquation, ne reflète pas nécessairement une conformité stricte aux recommandations de l'Institut Suisse des Produits Thérapeutiques (Swissmedic) mais dénote une attention quant à la sécurité des prescriptions de psychotropes dans les deux sections examinées.

En effet, dans certaines situations, lors d'agitation et/ou de violence extrême (auto- et hétéro-agressivité) ou lorsque le pronostic vital est engagé, l'effet rapidement incisif ou sédatif de certaines molécules est souhaité. Cela peut nécessiter des taux plasmatiques élevés, mais sans atteindre un seuil toxique, cet objectif impliquant parfois un dépassement des doses maximales recommandées par Swissmedic. Dans les cas examinés ici, des contrôles des taux plasmatiques ont permis, en se basant sur des intervalles thérapeutiques recommandés, d'exclure des surdosages. Lorsque ces taux étaient trop élevés, avec manifestation ou non d'effet indésirable, la dose a été corrigée. A

priori ces dépassements de doses étaient transitoires, souvent en lien avec un passage en chambre de soins intensifs, et les posologies ont été revues à la baisse avant la sortie.

En outre, certaines associations de médicaments ayant une toxicité cardiaque sont contre-indiquées ou déconseillées par Swissmedic. Toutefois, du fait de leur utilité (voire même nécessité), ces associations ont parfois cours dans la pratique clinique. On peut relever que plusieurs patients sont rentrés avec des traitements déjà établis. Cependant, la non-iatrogénie de ces associations a été vérifiée à l'aide d'un examen de l'électrocardiogramme (ECG).

Une directive allant dans ce sens est d'ailleurs en vigueur depuis le dernier trimestre 2014 dans le Service de Psychiatrie Générale (PGE) au Département de psychiatrie du CHUV. L'interaction pharmacodynamique pouvant provoquer un allongement de l'intervalle QT et la survenue de torsades de pointe est dose-dépendante. Elle ne concerne pas uniquement les psychotropes, mais également la médication somatique, comme certains antibiotiques, des antiarythmiques (amiodarone) et même un antiémétique accessible en vente libre (Motilium® ou dompéridone) ; elle peut être accentuée par la survenue de troubles électrolytiques.

Un cas a néanmoins fait l'objet d'une discussion entre les signataires de cette étude, bien que formellement aucune inadéquation selon Swissmedic (informations disponibles aux prescripteurs en 2014) n'ait été retenue. En effet, ce cas a illustré la problématique des patients avec une pathologie psychiatrique sévère entraînant des hospitalisations itératives, pour lesquels l'arsenal thérapeutique est limité (voire même épuisé) pour diverses raisons, et qui se retrouvent, faute de mieux, avec des alternatives thérapeutiques peu satisfaisantes. De telles situations demeurent un défi pour les institutions psychiatriques et nécessitent notamment de bien connaître et documenter l'historique médicamenteux du patient.

V. Conclusion

Parmi la cohorte de 25 patients analysés en profondeur dans les sections Jaspers et Minkowski de la PGE, le nombre faible d'inadéquations dans les prescriptions (2 sur 101) dénote une attention particulière visant à assurer une sécurité médicamenteuse, sans que cela ne se fasse au détriment de la recherche d'une efficacité thérapeutique optimale.



Département de psychiatrie
Centre de neurosciences psychiatriques
Site de Cery
CH-1008 Prilly - Lausanne

CHUV | Centre hospitalier universitaire vaudois, UPPC, Cery

Analyse de la prescription de médicaments psychotropes au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé (SUPAA)

G Sibailly, Dr N Ansermot, Prof CB Eap

Unité de Pharmacogénétique et Psychopharmacologie Clinique (UPPC)
30/06/2015

Table des matières

| | |
|---|---------------|
| I. Contexte..... | page 3 |
| II. Objectif..... | page 3 |
| III. Méthode..... | page 3 |
| IV. Résultats..... | page 4 |
| A) Résultat de l'analyse générale..... | page 4 |
| B) Résultat de l'analyse détaillée..... | page 4 |
| V. Discussion..... | page 6 |
| VI. Conclusion..... | page 9 |

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des références utilisées pour les deux analyses (générale et détaillée)
- Annexe 2 : Procédure de l'analyse détaillée des prescriptions de psychotropes
- Annexe 3 : Détails des résultats de l'analyse générale
- Annexe 4 : Résumé de la grille d'analyse, avec les commentaires finaux.

I. Contexte

L'Unité de Pharmacogénétique et Psychopharmacologie Clinique (UPPC) a été mandatée afin d'examiner de façon rétrospective les prescriptions de médicaments psychotropes au sein du département de psychiatrie, dans le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé (SUPAA).

II. Objectif

Analyse de l'adéquation de la médication psychotrope en fonction des critères de l'Institut Suisse des Produits Thérapeutiques (Swissmedic) et/ou des recommandations d'experts.

III. Méthode

Une première analyse très globale, a été réalisée à partir d'extractions de données sur les prescriptions de médicaments psychotropes. Ces extractions proviennent des 100 premiers séjours hospitaliers de l'année 2014, pour respectivement l'Unité des Troubles Affectifs et Psychotiques (UTAP) et l'Unité des Troubles Psycho-Organique (UTPO), soit 200 séjours pour 189 patients. Seuls ont été examinés, la nature des psychotropes prescrits et le respect ou non des doses maximales recommandées par Swissmedic et d'autres recommandations d'experts. Pour les références de ces recommandations, voir l'annexe 1.

Une analyse détaillée a porté sur un nombre plus restreint de patients (déterminé par le temps imparti). Il s'agissait d'examiner pour chacun d'eux l'adéquation du traitement psychotrope, en termes d'indication, posologie, contre-indication, mise en garde et précautions, interactions selon les monographies de Swissmedic et de les pondérer avec d'autres recommandations de sociétés d'enregistrement (ANSM, FDA) ou d'experts (annexe 1). Les dossiers des patients ont été sélectionnés par ordre alphabétique, dans la liste d'extraction de données des patients répondants aux critères prédéfinis, soit : les 50 premiers patients pour chacune des unités UTAP et UTPO, ayant été hospitalisés pour une période minimale d'un mois dans la période couvrant juin à décembre 2014 ; ont été exclus ceux ayant eu au moins 2 séjours consécutifs durant la période examinée. Pour le détail de la procédure d'analyse, ainsi que la signification des différentes catégories de classification des inadéquations, se référer à l'annexe 2. En résumé, les inadéquations médicamenteuses relevées ont été classées selon 3 catégories :

- Catégorie A : Inadéquation dont la relevance clinique est difficile à juger
- Catégorie B : Inadéquation
- Catégorie C : Inadéquation ayant conduit de façon avérée à une issue fatale.

IV. Résultats

A) Analyse globale

Le détail des résultats de l'analyse globale pour les 200 séjours examinés se trouvent dans l'annexe 3.

Pour les antipsychotiques atypiques, la quétiapine, la rispéridone et l'aripiprazole arrivent en tête des prescriptions, de même que l'halopéridol et le zuclophentixol pour les antipsychotiques classiques. Pour chacune de ces molécules, le pourcentage de patient ayant reçu une dose plus élevée que la dose maximale recommandée par Swissmedic est **inférieur à 10%**, excepté celui de la rispéridone (17%). Si l'on se réfère aux doses maximales définies par deux recommandations d'experts [références 3 et 4], le nombre de patient recevant des doses supérieures aux valeurs maximales définies par ces références, atteint respectivement **44%** et **8%** pour l'halopéridol, **32 %** et **45%** pour la quétiapine, enfin de **67%** et **67%** pour l'aripiprazole. Le pourcentage de jours de prescription hors limite est inférieur à **35%** pour ces cinq molécules. En ce qui concerne les antidépresseurs, le nombre de patient ayant reçu des doses plus élevées que préconisées par Swissmedic est **supérieur à 20%** pour le citalopram, l'escitalopram, la paroxétine, la mirtazapine et la trazodone, soit les antidépresseurs les plus prescrits. Pour les autres classes de psychotropes, voir le détail des résultats dans l'annexe 3.

B) Analyse détaillée.

En raison du délai imparti, seuls 30 dossiers informatisés de patients ont pu être examinés dans le détail. Les prescriptions de psychotropes ont été analysées en tenant compte du diagnostic, des comorbidités, de la comédication, et des valeurs de laboratoire lorsqu'elles étaient disponibles. Le collectif de patients était constitué de 7 hommes et 23 femmes, avec une moyenne d'âge de 79 ans. Parmi les 30 situations, 14 consistaient en la prise en charge de symptômes psychotiques et troubles du comportement liés à la démence (SCPD). Les 16 autres cas traitaient des patients pour des troubles de l'humeur, des décompensations psychotiques, et autres maladies psychiatriques.

Une moyenne de 4,5 médicaments psychotropes par patient a été relevée avec un total de 60 inadéquations. La moitié d'entre-elle est de catégorie B, l'autre de catégorie A, aucune n'a été classée en catégorie C.

Le graphique ci-dessous, illustre les inadéquations de la médication psychotrope relevées pour chacun des patients et classées par catégories A, B, ou C. Le détails des résultats se trouve dans l'annexe 4.

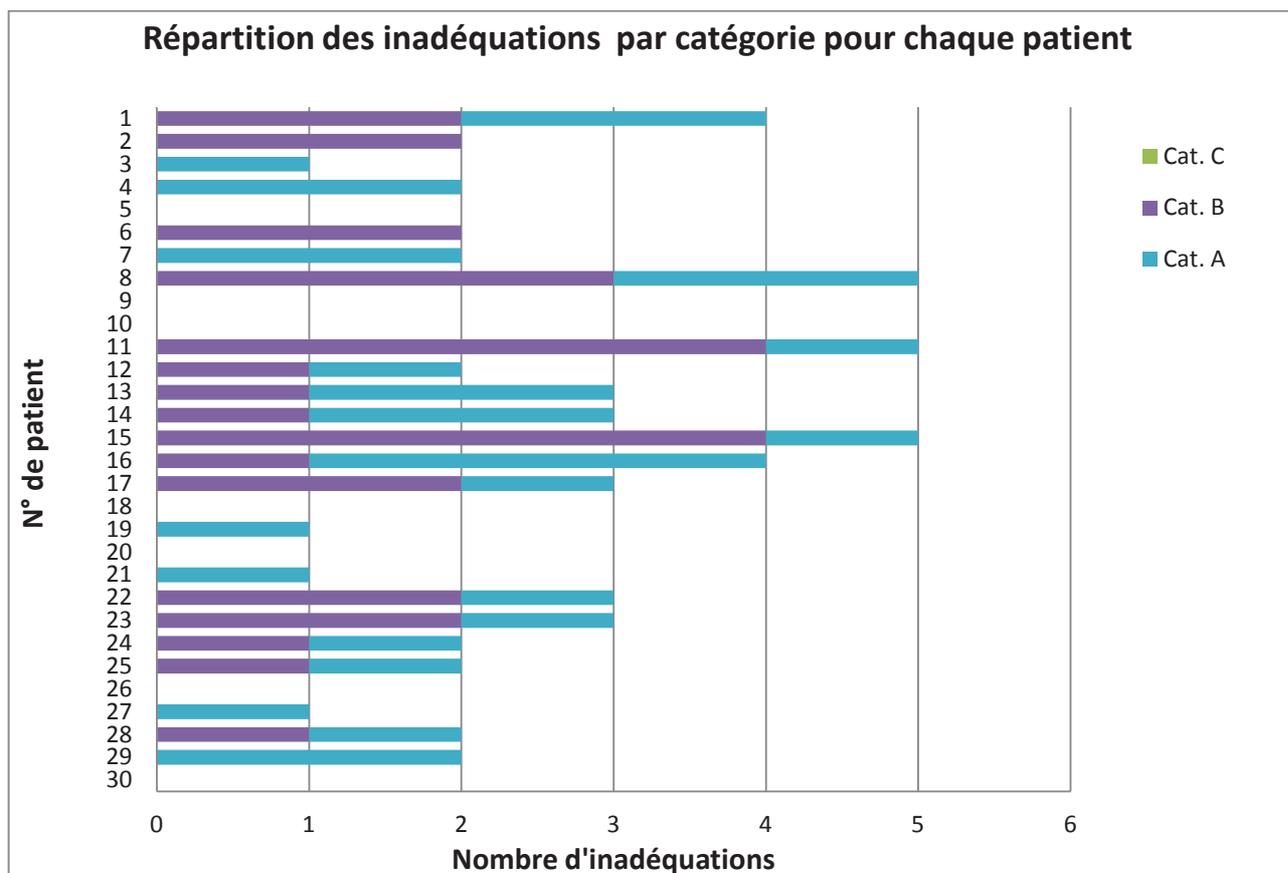


Figure 1

Les résultats ont été établis à partir d'une grille d'évaluation. Le résumé de celle-ci se trouve en annexe 4. La figure ci-dessous illustre la répartition du nombre de patients dans chaque catégorie. Sur les 30 dossiers analysés, 23 patients (soit 76% environ) comptent au moins une inadéquation dans la médication psychotrope, selon Swissmedic et non compensée par les guidelines. 53 % des patients comptent au moins une inadéquation dans la catégorie B. Aucune inadéquation n'a été classée en catégorie C.

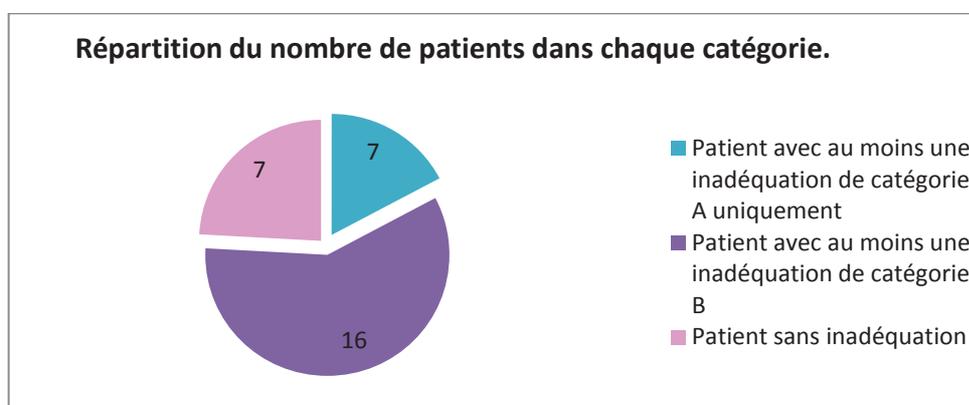


Figure 2

Discussion

A) Analyse générale

L'analyse générale relève que la proportion de patient recevant des doses de médicaments supérieures à celles recommandées par Swissmedic est relativement faible (< 10%) en particulier pour les antipsychotiques. Toutefois, cette proportion augmente lorsque l'on se réfère aux recommandations de groupe d'experts, spécifiques aux patients gériatriques ; ces recommandations pouvant légèrement différer entres-elles.

Il faut mentionner cependant que cette analyse générale comporte plusieurs biais. En effet, le nombre de jours de prescriptions à dose hors limite, sur la durée totale de jours d'hospitalisation ne rend pas compte, par exemple, si le patient est entré ou sorti avec cette posologie, ou s'il s'agissait d'une posologie de transition. En outre, compte-tenu des changements physiologiques liés à l'âge, deux autres références (spécifiques à la gériatrie) ont été nécessaires [3,4] pour déterminer les doses limites. En effet, celles-ci ne sont pas toujours clairement définies par Swissmedic. Pour la quétiapine par exemple, il est établi que la clairance plasmatique moyenne est réduite d'environ 30 à 50% par rapport à celle des adultes âgés de 18 à 65 ans. Pourtant, la monographie ne mentionne pas formellement de dose maximale chez la personne âgée ; elle stipule que « l'augmentation initiale de la dose doit être faite plus lentement et les doses quotidiennes seront plus faibles que chez les patients plus jeunes ».

La fonction rénale décline avec l'âge, à raison de 35% dès 65 ans et 50% dès l'âge de 80 ans [4]. Elle est mieux représentée par le débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) que par la simple mesure de la créatinine sérique, sous-estimée chez la personne âgée en raison d'une masse musculaire diminuée. La plupart des médicaments est éliminée par voie rénale, après métabolisation ou sans biotransformation.

Lorsqu'une substance est excrétée à plus de 30% sous forme inchangée, il existe, d'une manière générale, un risque d'accumulation cliniquement significatif avec une toxicité augmentée. L'adaptation des doses de tels médicaments s'avère nécessaire dans la grande majorité des cas, lorsque le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 60ml/min [6].

En outre, le patient âgé est sujet à bon nombre de changements physiologiques, qui modifient à plus d'un niveau la pharmacocinétique des médicaments. La motilité intestinale et les sécrétions d'acide gastrique pouvant être réduites, les médicaments sont absorbés plus lentement. Il en résulte un début d'action retardé par rapport à l'adulte. Contrairement à ce dernier, la masse grasse est plus importante, et la masse maigre est diminuée. De ce fait, le volume de distribution est augmenté pour les substances liposolubles (ex. diazépam), ce qui prolonge leur durée d'action. En revanche, pour les substances hydrosolubles telles que le lithium par exemple, le volume de distribution est réduit, avec pour conséquence une plus grande concentration du médicament en circulation, d'où un risque accru de toxicité. La diminution des concentrations d'albumine, implique une baisse de la part du médicament liée aux protéines plasmatiques, augmentant ainsi la fraction libre (donc active) et la toxicité potentielle [4,5]. Enfin, les récepteurs aux médicaments deviennent plus sensibles. Il en résulte une augmentation de l'incidence et de la sévérité des effets indésirables médicamenteux [6].

Pour toutes ces raisons, une analyse plus détaillée des prescriptions de médicaments psychotropes s'est avérée nécessaire pour déterminer leur adéquation aux patients âgés psychiatriques.

B) Analyse détaillée

L'analyse approfondie relève une proportion importante d'inadéquations dans la prescription de psychotropes. En effet, il apparaît chez plus de la moitié des patients au moins une inadéquation dans la médication ayant été considérée de catégorie B. Il est important de souligner que les patients hospitalisés dans les unités UTAP et UTPO, sont des personnes âgées, polymorbides, polymédiqués, souvent en état de crise et provenant parfois d'autres institutions. Il n'est pas rare qu'un traitement psychotrope soit déjà en cours, initié par le médecin traitant ou bien instauré lors d'une précédente hospitalisation. L'adaptation de la médication constitue toutefois l'un des objectifs de la prise en charge.

➤ *Description qualitative d'inadéquations de catégorie A*

L'analyse des prescriptions de psychotropes a relevé un certain nombre d'inadéquations selon Swissmédic, qui ont été classées en catégorie A. En d'autres termes, il était difficile d'évaluer leur pertinence clinique, pour diverses raisons.

Parmi elles se trouvent les interactions pharmacodynamiques lors d'association de médicaments pouvant causer une dépression du système nerveux central et une augmentation du risque de chute. En effet, malgré des chutes avérées, il n'a pas toujours été possible de les imputer à la médication, car d'autres facteurs comme les antécédents de chutes, des troubles de la marche et de l'équilibre et l'âge avancé entrent en ligne de compte. En raison de la polymédication des patients, certaines interactions pharmacodynamiques semblent difficilement évitables, comme le risque de syndrome sérotoninergique lors d'associations de différentes classes thérapeutiques. Cet effet indésirable peut être très grave, voire fatal, mais sa survenue rare incite à classer cette interaction en catégorie A. Les dépassements de doses initiales recommandées, en l'absence d'effet indésirable relevé dans les notes cliniques ont également été classés en catégorie A, lorsque les doses maximales recommandées n'étaient pas dépassées.

➤ *Description qualitative d'inadéquations de catégorie B*

Le non-respect de la dose initiale recommandée ainsi que l'augmentation trop rapide de certains médicaments se sont avérés problématiques chez plusieurs patients. En effet, des effets indésirables se sont rapidement manifestés avec pour conséquence une mauvaise tolérance de la médication, et un arrêt prématuré de la molécule, restreignant ainsi l'arsenal thérapeutique. Ce même constat peut être fait lorsque des doses maximales recommandées sont dépassées. Même si une situation clinique nécessite l'augmentation de la posologie au-delà des recommandations officielles, même de façon transitoire, il faudrait veiller à éviter une éventuelle iatrogénie médicamenteuse, en s'assurant par exemple de rester dans les marges thérapeutiques (et non toxiques) lorsqu'elles sont définies. Cela est d'autant plus important que les traitements initiés à l'hôpital sont rarement réévalués à la baisse, à domicile ou en EMS. Le risque encouru est qu'en

cas d'une décompensation, le traitement peut être encore majoré. Un changement d'état, comme par exemple une déshydratation, commune chez la personne âgée, peut provoquer une insuffisance rénale aiguë et conduire à une intoxication.

Il en va de même pour les associations de médicaments avec une toxicité cardiaque. Certaines d'entre elles sont formellement contre-indiquées ou déconseillées selon Swissmedic, à l'instar du citalopram (ou escitalopram), un antidépresseur, avec d'autres médicaments pouvant allonger l'intervalle QT (comme la quétiapine ou l'halopéridol, des antipsychotiques). Du fait de leur utilité, ces associations peuvent avoir cours dans la pratique clinique. Il est cependant possible de s'assurer de la non-iatrogénie de ces associations, par un examen de l'électrocardiogramme (ECG). Une directive allant dans ce sens, est d'ailleurs en vigueur depuis le dernier trimestre 2014, en psychiatrie générale de l'adulte (PGE) au Département de psychiatrie du CHUV. L'interaction pharmacodynamique pouvant provoquer un allongement de l'intervalle QT et la survenue de torsade de pointe est dose-dépendante. Elle ne concerne pas uniquement les psychotropes, mais également la médication somatique, comme certains antibiotiques (ex. ciprofloxacine couramment administrés en cas d'infection urinaire, fréquente chez la personne âgée), des antiaritmiques (amiodarone) et même un antiémétique accessible en vente libre (Motilium® ou domperidone). Le risque cardiaque est d'autant plus élevé chez le patient gériatrique, en raison de ses co-morbidités, sa polymédication et la survenue de troubles électrolytiques. Il a été relevé que des traitements ont été introduits et majorés sans aucune surveillance de l'ECG. Ces inadéquations ont été classées en catégorie B, lorsqu'au moins une molécule clairement associée à une risque de torsade de pointe même à dose thérapeutique, était impliquée et aussi en fonction des facteurs de risque (hypokaliémie, hyponatrémie, hypothyroïdie, femme >70 ans, etc). Cette interaction pharmacodynamique peut être délétère voire même fatale.

En outre, certaines manifestations somatiques imputables au traitement psychotrope n'ont pas toujours été identifiées comme de potentiels effets indésirables, de sorte que les mesures adéquates n'ont pu être prises ; à savoir, la diminution de la dose du médicament voire même son arrêt. Le risque consisterait en une surenchère médicamenteuse.

La rubrique « mise en garde et précaution » de Swissmedic, souvent banalisée, rend attentif aux co-morbidités à considérer au moment de choisir le psychotrope à introduire. Même si elles ne constituent pas toujours une contre-indication absolue, elles sont parfois annonciatrices de complications parfois délétères.

Enfin, l'insuffisance rénale chronique modérée à sévère de quelques patients n'a pas été prise en compte dans l'adaptation de la posologie de la médication psychotrope. L'inadéquation de la posologie a parfois conduit à la survenue d'effets indésirables incommodes (documentés dans les notes cliniques) ayant nécessité l'arrêt du traitement.

En résumé, les patients psychiatriques examinés ici comptent probablement parmi les cas les plus difficiles à traiter, néanmoins leurs paramètres physiologiques restent semblables à ceux des autres patients gériatriques. De ce fait, instaurer un médicament à trop forte dose ou augmenter trop rapidement la posologie, ne va pas accélérer l'entrée en action du dit traitement, ou accroître son efficacité. Cela peut, au contraire, avoir des effets délétères, voire même aboutir à un échec thérapeutique, selon les molécules. Il ne s'agit pas non plus de sous-traiter le patient âgé. Dans les

situations où la posologie de substances psychotropes doit être augmentée au delà des recommandations, même de façon transitoire, il faudrait veiller à rester dans des marges thérapeutiques, lorsqu'elles sont définies, et exclure une éventuelle toxicité notamment cardiaque chez ces patients déjà fragilisés.

V. Conclusion

Il est important de souligner qu'il s'agit d'une analyse rétrospective. De ce fait, l'examen de la médication a pu se faire de manière exhaustif et approfondi, ce qui peut être difficile dans les conditions d'urgences cliniques. En outre, les observations relevées lors de l'analyse approfondie des prescriptions de psychotropes dans les unités UTPO et UTAP du SUPAA ne peuvent pas faire l'objet d'extrapolation statistique en raison du nombre restreint de patient. Elles permettent en revanche, une mise en lumière des points à améliorer dans la prescription médicamenteuse, qui ne représente qu'un aspect de la prise en charge du patient psychiatrique. L'analyse approfondie des dossiers cliniques a mis en évidence une forte implication de toute l'équipe du SUPAA, dans la prise en charge globale d'une patientèle extrêmement complexe et polymorbide. Il apparaît néanmoins que la prescription de psychotropes peut manifestement faire l'objet d'une amélioration au sein de ce service.

La prise en charge médicamenteuse de la personne âgée est complexe. Cette complexité augmente d'autant plus, lorsqu'il s'agit de patients psychiatriques en phase aiguë. Les co-morbidités et la polymédication sont à considérer dans le choix des traitements psychotropes, pour gérer au mieux les interactions et effets indésirables. Il s'agit là d'un défi bien connus dans toutes les institutions en charge de patients gériatriques [7]. En outre, les recommandations officielles sont peu nombreuses, en raison notamment du manque d'étude conduite chez cette population particulièrement vulnérable. Pour toutes ces raisons, une approche pluridisciplinaire (gériatres, pharmaciens cliniciens, psychopharmacologues, etc) devrait être privilégiée dans la mesure du possible.