

L'écho

de la Vallée

décembre
30 - 2015

le journal du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande

Numéro spécial

sur les

évaluations de
pratiques professionnelles
en cours

au Centre Hospitalier
du Pays d'Eygurande

Un engagement
des équipes pour
l'amélioration
de la qualité
et de la
sécurité
des soins
au service
des patients.

Selon le Décret du 14/04/2005, du Manuel de Certification de la HAS, les établissements de santé doivent procéder à « une analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

En février 2008 (V2007), lors de la visite de certification, il nous a été dit que nous n'avions pas de méthode pertinente pour nos tentatives d'analyse de nos pratiques. En décembre 2011 (V2010), les experts ont émis une réserve sur nos évaluations qui n'étaient pas assez médicales et manquaient de coordination (absence de commission EPP).

Après la reprise de l'activité de la CME (avril 2012) cette réserve a été levée lors de la visite de suivi de juillet 2013 mais il a été remarqué que nos évaluations étaient devenues trop exclusivement médicales.

En fait, les exigences de la certification en termes d'EPP restent :

- la conduite d'au moins une démarche d'EPP par secteur d'activités défini : secteurs cliniques et médico-techniques dans des démarches transversales interprofessionnelles,
- l'intégration des EPP à la politique qualité-gestion des risques de l'établissement avec une appropriation par les professionnels de terrain et la réalisation d'une évaluation des impacts des démarches d'EPP sur les soins.

Les exposés de ce journal visent à communiquer sur l'existence de ces évaluations mais ne font référence qu'aux EPP liées à des référentiels cliniques HAS. Manque pour l'instant, l'aspect appropriation par tous les professionnels, en particulier, l'exposé des travaux existants conduits par les équipes de terrain (CREX, analyse des erreurs médicamenteuses).

La cohésion de la politique EPP et de la politique qualité – gestion des risques reste à diffuser.

■ Dr P. RIOU,
Psychiatre,
Président de la CME

SOMMAIRE

pages

Evaluations de pratiques professionnelles en cours

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	3
Suivi des benzodiazépines à demi-vie longue chez le sujet âgé	4
Pertinence de la prescription des correcteurs et traçabilité	5
Réévaluation de l'antibiothérapie	6
Synthèse	7 et 8
Planning sur 3 ans	page intérieure

MEMBRES COMMISSION EPP

Dr ALBU, Mme ASENSIO, Mr AUCOUTURIER, Dr BALLAY, Mme BASCOULERGUE, Dr BOMARE, Mme DE WINTER, Dr DIMOV, Mme GUILLOU, Dr JUNISSON, Dr LEMMET, Dr RIOU, Dr SEBAN, Dr WACHOWIAK

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes ayant participé au recueil.



LEXIQUE

ECG : ElectroCardioGramme EPP : Evaluations de Pratiques Professionnelles HAS : Haute Autorité de Santé
 IMC : Indice de Masse Corporelle INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 UMD : Unité pour Malades Difficiles UTMA : Unité de Traitement de la Maladie Alcoolique

**Le groupe
« L'Echo de la Vallée »**

Mme B. GUILLOU, Mme N. MALLET, Mme S. BRUGIERE, Mme C. CROUZEIX, Mme A. BECUWE, Mme V. GRANDSIRE, Mme M. RIBEIRO-PEIXOTO, Mr J.-M. GAILLOT, Mr C. ROUANET, Mr V. VEDRINE, Mme V. PELAMATTI, Mme S. GATIGNOL, Mme A. MAESTRACCI, Mme V. ASENSIO, Mme K. BESSE

Directeur de la publication : Christophe ROUANET
 Imprimeur : Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande
 Dépôt légal : décembre 2015

Vous voulez rejoindre le groupe ? Adressez-vous à un des membres.

Adressez-vous au service communication pour :
 - faire paraître un article au prochain numéro,
 - obtenir un ancien numéro.



Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé



EPP initiée en octobre 2012

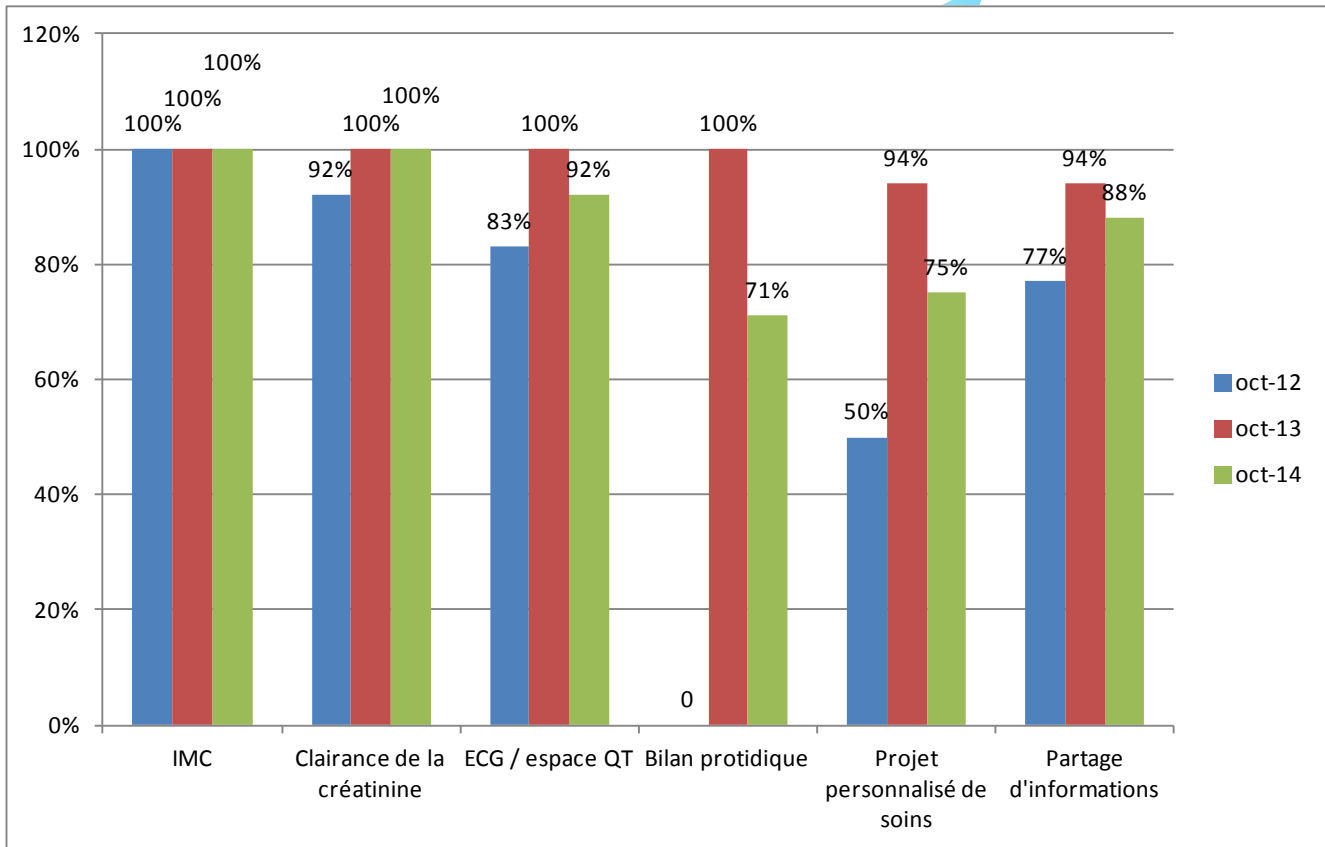
Sur ce thème, l'ensemble des unités est mobilisé. L'étude s'arrête si aucun patient de plus de 60 ans n'est hospitalisé dans l'unité. Dans le cas contraire, le médecin, aidé par un infirmier, effectue le recueil selon les critères suivants :

- IMC,
- clairance de la créatinine,

- ECG avec espace QT,
- bilan protidique,
- projet personnalisé de soins,
- partage d'informations (médecin psychiatre, médecin généraliste, soignants).

Différents recueils ont eu lieu et marquent une nette amélioration, notamment dans l'existence d'un projet personnalisé de soins

et dans la participation des médecins généralistes aux réunions cliniques.



Résultats globalisés sur l'ensemble des unités répondant

Des axes d'amélioration ont été définis en commission EPP de juin 2015 :

- Modifier la feuille de recueil en remplaçant « espace QT » par « ECG avec espace QT » - Responsable qualité - gestion des risques,
- inviter le médecin généraliste aux réunions cliniques de l'unité

d'Admissions les lundis et vendredis, l'appeler en amont de la réunion si sa présence est souhaitée, en fonction des dossiers étudiés - *Surveillante de l'unité d'Admissions,*

- Déterminer pourquoi pour deux patients de St Dominique, il n'y a pas eu d'ECG (si impossibilité, le noter et l'argumenter dans le dossier patient) - *Méde-*

cins de l'unité,

- Programmer sur l'agenda dans OSIRIS les bilans protidiques, avec alertes - *Médecins de l'unité St Dominique.*

Le prochain recueil aura lieu en octobre 2016.



Suivi des benzodiazépines à demi-vie longue chez le sujet âgé

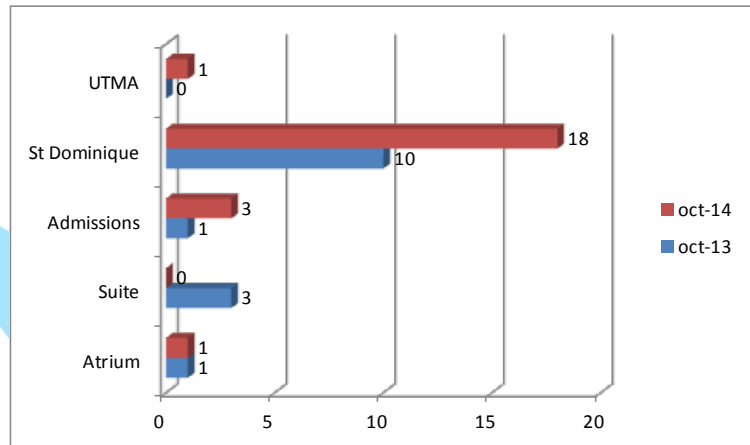
Cette étude fait partie du suivi des indicateurs de pratique clinique définis en commission EPP.



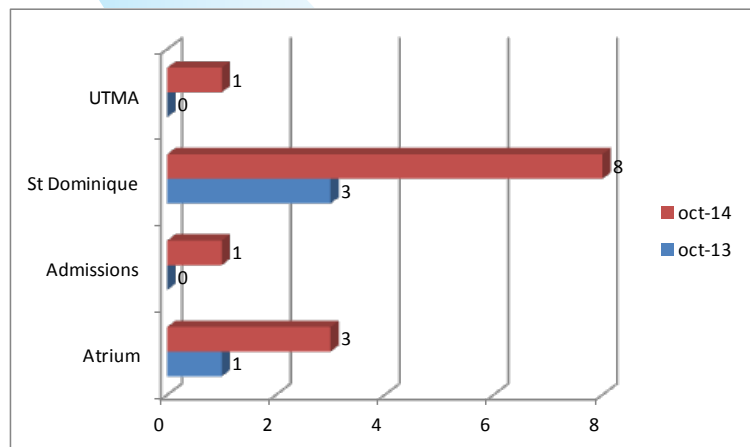
EPP initiée en octobre 2013

Deux recueils ont eu lieu, en octobre 2013 et en octobre 2014.

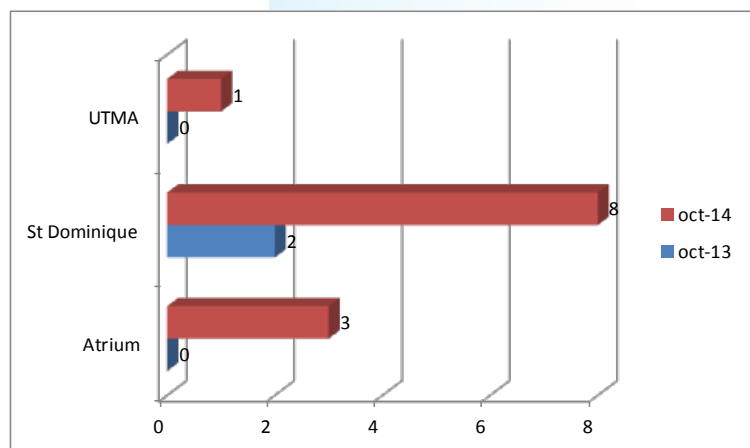
Nombre de patients de + de 60 ans



Nombre de prescriptions de benzodiazépines pour les patients de + de 60 ans



Nombre de prescriptions de benzodiazépines pour les patients de + de 60 ans réévalués.



Les derniers résultats donnent satisfaction. Un suivi sera réalisé en octobre 2016.



Pertinence de la prescription des correcteurs et traçabilité

Les premiers recueils détaillaient les molécules concernées. La commission EPP a par la suite simplifié la fiche de recueil en ciblant les axes suivants :

1- nombre de patients sous neuroleptiques/antipsychotiques,

2- nombre de patients sous correcteurs,

3- nombre de prescriptions pour lesquelles des critères de motivation sont présents,

4- nombre de prescriptions pour lesquelles la durée est indéterminée,

5- nombre de prescriptions sans réévaluation médicale,

6- nombre de prescriptions en si besoin.



EPP initiée en avril 2012

	avril 2012	décembre 2012	octobre 2013	avril 2015
1	108	136	126	144
2	30	39	61	69
3	17/30 soit 57 %	100 %	59/61 soit 97 %	43/69 soit 62 %
4	97 % (durée indéterminée)	100 % (durée indéterminée)	46/61 soit 75 %	17/69 soit 24 %
5	13 % (évaluation)	4/39 soit 10 % (évaluation)		
6	4/30 soit 13 %	5/39 soit 13 %	17/61 soit 28 %	28/69 soit 41 %

La Commission EPP a pointé des différences d'utilisation relatives aux correcteurs entre les deux UMD. Les médecins psychiatres de ces unités doivent approfondir l'étude.

La prochaine évaluation aura lieu en février 2017.



Réévaluation de l'antibiothérapie



EPP initiée en 2011

Cet audit est intégré dans le cadre de l'évaluation des dossiers patients (audit national piloté par la Haute Autorité de Santé). Le recueil est désormais biennal (années paires).

2011 (données 2010)	20%
2012 (données 2011)	0%
2014 (données 2013)	29%

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est confronté aux difficultés des prescriptions faites en externe (hospitalisations en soins somatiques, consultations dentaires...).

Un nouvel audit est planifié au premier trimestre 2016.





Synthèse

➔ Bonnes pratiques concernant les psychotropes

La Haute Autorité de Santé a publié une recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge initiale de l'agitation en cas de confusion aiguë chez la personne âgée dont les principaux objectifs sont de promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses et d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

Les troubles liés à une confusion aiguë, en particulier lorsqu'ils s'accompagnent d'un état est une situation clinique pourvoyeuse de prescriptions de psychotropes à des fins de sédation. Ces prescriptions sont souvent inutiles, inadaptées et peuvent être délétères.

Cette recommandation répond aux objectifs de réduction de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées fixés dans le cadre du programme pilote de la HAS intitulé « Améliorer la prescription

de psychotropes chez le sujet âgé ». Cette recommandation concerne la prise en charge initiale de tous les patients âgés présentant une confusion aiguë, avec ou sans démence associée. Elle définit la place et les modalités de réalisation et de suivi d'une sédation médicamenteuse, dans les cas où elle est nécessaire. Les objectifs de cette recommandation sont :

- de limiter la prescription médicamenteuse à ce qui est strictement indispensable ;
- d'assurer dans tous les cas une surveillance attentive de la personne âgée.

Ce qu'il faut retenir :

- La confusion aiguë est une situation d'urgence médicale, souvent multifactorielle, qui nécessite un diagnostic étiologique et une prise en charge médicale rapides.
- Il convient d'arrêter les médicaments pouvant être responsables de la confusion ou ceux non indispen-

sables en adaptant les modalités de l'arrêt à la classe thérapeutique.

- Il est recommandé de traiter en premier lieu les facteurs qui favorisent la survenue d'un état de confusion et de débiter par des mesures non médicamenteuses (apaiser la personne, préserver la communication, éviter l'isolement, etc.).
- Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement pharmacologique peut être nécessaire. Dans tous les cas, il n'est destiné qu'à corriger ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage.
- Si un traitement pharmacologique est prescrit, il faut privilégier une monothérapie, pendant une durée la plus courte possible (24 à 48 heures au maximum), à une posologie plus faible que chez un adulte jeune, en évaluant l'effet dès la première prise et avant chaque renouvellement de prescription et en arrêtant le traitement dès le contrôle des symptômes gênants.

➔ Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

La HAS nous propose également un schéma dans le cadre de bonnes pratiques de prescription chez les sujets âgés.

Les objectifs thérapeutiques

Plus qu'à tout autre âge, ils diffèrent d'un sujet âgé à l'autre et dépendent de l'espérance de vie, de la qualité de vie et des préférences du patient. Aujourd'hui, un octogénaire en bonne santé a une espérance de vie supérieure à 10 ans. En effet, l'espérance de vie moyenne après 60 ans a beaucoup augmenté depuis 1960. En 2002, l'espérance de vie moyenne d'un homme de 85 ans est de 5,3 ans et celle d'une femme 6,5 ans (données Insee). Mais l'espé-

rance de vie dépend beaucoup des co-morbidités.

Ex. : les objectifs glycémiques chez un sujet diabétique sont très liés à son espérance de vie. Si celle-ci est limitée du fait d'une coronaropathie sévère, le principal risque sera l'hypoglycémie et les objectifs de contrôle glycémique devront être réduits.

A l'inverse, la découverte d'un diabète chez un sujet de plus de 80 ans, en bonne santé, conduira à obtenir un équilibre glycémique assez strict, en accord avec le patient, pour éviter la survenue d'une rétinopathie ou d'une néphropathie. Le maintien de l'autonomie peut aussi guider les objectifs thérapeutiques.

Ex. : le retentissement sur l'autonomie fonctionnelle d'une maladie de Parkinson pourra inciter le prescripteur à instaurer un traitement par L Dopa au stade précoce de la maladie, afin que le patient ne limite pas ses déplacements et qu'il ne se confine pas au domicile.

Les étapes de la prescription

(quelle que soit la situation, « à froid », lors de la révision du traitement, ou « à chaud », devant un nouveau symptôme)

- Hiérarchiser les pathologies à traiter, avec le sujet âgé.
- Définir le suivi (efficacité et tolérance) et la surveillance (clinique



Synthèse (suite)

et biologique) avec l'adhésion du patient.

- Rédiger l'ordonnance.
- Réaliser le suivi prévu et ajuster le traitement.

Le réflexe iatrogénique

Devant tout nouveau symptôme, avoir le réflexe iatrogénique, c'est se poser la question : « Un Accident iatrogénique est-il possible ? » Chronologie de survenue compatible ? Signe clinique évocateur ? (chute, anorexie, confusion). Événement intercurrent favorisant ? (fièvre, déshydratation).

Si non : Diagnostic précis établi ?

- Indication à traiter ?
- Alternative non médicamenteuse ?
- Définir le suivi et rédiger l'ordonnance.

Si oui : Accident iatrogénique isolé ou favorisé par une pathologie aiguë ?

- Arrêt, avec substitution ou non ?
- Ajustement ?
- Déclaration à la pharmacovigilance (si accidents graves ou inattendus) ?
- Définir le suivi et rédiger l'ordonnance.

Les deux modes de révision du traitement

1. Consultation spécifique

Analyse des pathologies en cours

- PATIENT : Pathologies ? Environnement ? Risques ?
- histoire médicale et médicamenteuse
- autonomie, environnement, espérance de vie
- qualité de vie, préférences du malade
- risque iatrogénique, risque de défaut d'observance
- BÉNÉFICES / RISQUES pathologie par pathologie ?
- EN PRIORITE, quelles pathologies traiter ?
- existe-t-il alors des alternatives

non médicamenteuses ?

- quelles sont alors les posologies optimales ?

2. Revue de l'ordonnance

Analyse des médicaments en cours

- INDICATION : chaque médicament est-il toujours bien indiqué ? (pathologie présente, service médical rendu)
- CONTRE INDICATION : chaque médicament est-il non contre-indiqué ? (comorbidités, interactions)
- POSOLOGIE : chaque médicament est-il à posologie optimale ?
- GALENIQUE : chaque médicament présente-t-il une galénique et un packaging adaptés ?
- AUTOMEDICATION ?

Observation et prescription

Pour évaluer l'autonomie : le patient est-il confiné à domicile ? Le patient gère-t-il seul son alimentation, son budget, son courrier, le téléphone, les médicaments, les comptes ?

Pour dépister le risque de défaut d'observance (mauvaise adhésion au traitement) : « La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme leur médecin le leur a prescrit. Avez-vous parfois des difficultés à prendre certains de vos médicaments ? Lesquels ? A quelle fréquence ? » « Quand cela vous est arrivé, quelles en étaient les raisons ? »

Principaux facteurs de risque : troubles mnésiques, dépression, polymédication, présence d'effets secondaires ou indésirables

Le suivi de la prescription

Avant la rédaction de l'ordonnance, quelles modalités de suivi ? (des recommandations de l'Afssaps sont disponibles, en terme d'instauration, d'adaptation, de suivi ou d'arrêt de traitement des psychotropes,

antiinfectieux (antibiotiques), médicaments utilisés dans la démence... Référence : « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé », www.afssaps.sante.fr.

- Suivi de l'efficacité : objectifs cliniques ? Quand réévaluer ?
- Suivi de la tolérance : critère(s) clinique(s), paraclinique(s) ?

Rédiger l'ordonnance conforme, personnalisée, avec schéma thérapeutique simplifié, réévaluer et ajuster.

■ Dr D. DIMOV,
Psychiatre