



EHESP

**Pharmacien Inspecteur de Santé
Publique**

Promotion : **2014 - 2015**

Date du Jury : **septembre 2015**

**Leviers et freins à la mise en œuvre
d'une liste préférentielle de
médicaments en EHPAD**

Isabelle ANGLADE

Remerciements

Je remercie Eliane Maliki qui m'a permis d'accéder à toutes les informations dont j'ai eu besoin pour rédiger ce mémoire et les pharmaciens inspecteurs de santé publique qui ont partagé avec moi leur expérience sur ce sujet.

J'ai une pensée particulière pour ma fille Chloé qui a su gérer cette année avec originalité et réussite et pour Joël, son père, sans l'aide duquel je n'aurais pas pu suivre cette formation. Je les remercie d'avoir enduré cette année en mon absence.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les facteurs favorisant la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD.....	5
1.1 Les spécificités des résidents en EHPAD.....	5
1.1.1 Des profils de dépendance et de poly pathologies	5
1.1.2 Les traitements médicamenteux.....	6
1.2 Les particularités de la prise en charge des résidents en EHPAD	6
1.2.1 Faiblesse de la culture sanitaire de la prise en charge des résidents	6
1.2.2 De nombreux acteurs intervenant auprès du résident.....	7
1.2.3 Les spécificités de la prescription gériatrique	8
2 La liste préférentielle de médicaments : un outil de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.....	11
2.1 Ce qu'est la liste préférentielle.....	11
2.2 Un cadre juridique existant mais une mise en œuvre limitée dans les EHPAD..	12
2.3 Les avantages et les limites à la mise en place.....	12
2.3.1 Les avantages	12
2.3.2 Les limites.....	14
3 Les leviers pour développer l'usage de la liste préférentielle.....	17
3.1 Les travaux des ARS et OMEDIT	17
3.2 L'approche de l'ARS Rhône-Alpes : une diffusion maîtrisée de sa liste préférentielle pour favoriser l'appropriation par les prescripteurs.....	19
3.3 Des évolutions nécessaires	20
3.3.1 Renforcer la formation initiale des médecins et des pharmaciens en gériatrie	20
3.3.2 Inscrire un programme d'inspection en EHPAD dans les Objectifs Nationaux d'Inspection Contrôle (ONIC) 2016.....	21
3.3.3 Demander à l'ANESM d'élaborer un guide d'évaluation spécifique sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.....	22
3.3.4 Faire évoluer l'arrêté du 31 mars 1999.....	22
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	I

Liste des annexes.....I

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

AMP : Aide Médico-psychologique

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CNSA : Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

GMP : Gir Moyen Pondéré

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IDEC: Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État Coordinateur

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations
Thérapeutiques

ONIC : Objectifs Nationaux d'Inspection Contrôle

PHISP : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

Introduction

En 2009, la France comptait 12 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 20% de la population. Les plus de 80 ans représentaient 3,4% de la population. Dans 10 ans, les prévisions montrent qu'ils seront près du double¹.

Avec l'âge, les pathologies chroniques apparaissent et nécessitent la mise en place de traitements médicamenteux de plus en plus nombreux répondant à chacune des maladies. Ainsi, la consommation de médicaments augmente avec l'âge. Les plus de 60 ans consomment plus de 40% des médicaments et les plus de 80 ans représentent 11,9% des dépenses médicales.

Si les médicaments sont efficaces contre les maladies, leur usage n'est pas sans conséquence et génère parfois des effets indésirables responsables de la iatrogénie médicamenteuse. Le taux d'évènements iatrogènes augmente avec l'âge : il est deux fois plus fréquent après 65 ans qu'avant 45 ans. La iatrogénie est responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés et de près de 20% chez les octogénaires², 30 à 60 % des effets indésirables des médicaments seraient prévisibles et évitables³

La iatrogénie médicamenteuse constitue un problème majeur de santé publique chez la personne âgée et tout particulièrement chez les sujets âgés résidant en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en raison d'un état de santé très dégradé lié à l'évolution de leurs pathologies .

En effet, les politiques publiques en matière de maintien à domicile permettent à la plupart des personnes âgées d'y rester. C'est le cas pour 85% des plus de 80 ans. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les patients se trouvent orientés vers les EHPAD. L'entrée en EHPAD se fait alors de plus en plus tard et dans la majorité des cas dans une situation de dépendance majorée suite à l'évolution des maladies chroniques et avec des traitements médicamenteux conséquents. L'état de santé particulièrement fragile de ces résidents associé à la quantité importante de traitements pris, les rendent particulièrement vulnérables à la iatrogénie médicamenteuse.

¹ INSEE, Estimations de la population au 1^{er} janvier 2012

² HAS, brochure « amélioration de la prescription médicamenteuse en EHPAD (PMSA) », 2006

³ Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur

Un des moyens de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est l'utilisation d'une liste préférentielle de médicaments au sein de l'EHPAD.

Une liste préférentielle de médicaments est un document listant les médicaments à utiliser préférentiellement dans l'établissement. Dans un EHPAD, elle exclut les médicaments inappropriés chez la personne âgée et fournit des informations complémentaires participant au bon usage de ces traitements pour ce public. Son utilisation n'est pas obligatoire.

La sélection de ces médicaments peut également prendre en compte une dimension médico-économique dans le choix des références. La liste fournit alors le traitement adapté au meilleur coût ce qui en fait également un outil d'efficience.

En France, les listes de médicaments existent en milieu hospitalier, sous le nom de livret thérapeutique, et en EHPAD. Dans le premier cas, il s'agit d'une liste opposable de médicaments c'est-à-dire que le praticien ne peut prescrire que les médicaments prévus dans cette liste. L'usage de ce livret est effectif dans tous les hôpitaux depuis de nombreuses années et il est totalement intégré dans la pratique du prescripteur hospitalier. Dans le second cas les listes préférentielles existent d'un point de vue réglementaire à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Cet article prévoit que le médecin coordonnateur élabore la liste en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le pharmacien référent. Ce principe est repris dans le décret et l'arrêté du 30 décembre 2010. Malgré ce cadre, le déploiement sur le terrain des listes dans les EHPAD est très variable d'un établissement à l'autre.

Dans le secteur ambulatoire, le projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril dernier, introduit l'existence d'une liste préférentielle en ville et lui donne un fondement juridique dans le code de la sécurité sociale. Ainsi, la rédaction actuelle au 2) de l'article 35 stipule que la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore ou valide, dans des conditions définies par décret, des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, destinées à des professionnels de santé après avis de l'Institut national du cancer (InCA) pour les médicaments anticancéreux. Ces listes pourront être développées par la HAS ou les professionnels eux-mêmes. Dans ce second cas, la HAS validera ces listes. Cet article n'est pas dans sa rédaction définitive. Le projet de loi doit encore être examiné par le Sénat à la rentrée 2015 avant une adoption définitive. Le cursus législatif n'est pas clôturé.

L'existence de liste préférentielle tant sur le champ sanitaire hospitalier et médico-social avec les EHPAD que leur apparition récente dans le domaine sanitaire

ambulatoire en fait un outil incontournable dans la lutte contre la iatrogénie et dans la recherche d'efficience.

L'élaboration d'une liste préférentielle a d'ailleurs fait l'objet de recommandations dans plusieurs rapports de l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS). Par ailleurs, en décembre 2013, le rapport de Philippe Verger « Politique du médicament en EHPAD » proposait plusieurs pistes pour améliorer la qualité des soins, promouvoir le juste soin aux résidents et agir sur les pratiques professionnelles en élaborant notamment une liste préférentielle de médicaments.

Plusieurs **Agences Régionales de Santé (ARS) en collaboration avec les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) ont élaboré des listes préférentielles** de médicaments ou une méthodologie mise à la disposition des EHPAD pour créer leur propre liste.

Plus récemment, la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la Société au vieillissement, adoptée par le Sénat le 15 mars 2015, a donné lieu à l'élaboration du plan d'action pour structurer la politique du médicament adapté aux besoins de la personne âgée dont l'axe 6 vise à promouvoir les expériences d'élaboration et d'utilisation d'une liste préférentielle de médicaments menées par les ARS.

La rédaction de ce mémoire s'appuie sur plusieurs données publiées et des entretiens de professionnels ayant une expertise sur ce sujet.

Ce mémoire présentera d'abord les facteurs favorisant la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD, puis les avantages et les limites de la mise en place d'une liste préférentielle de médicaments dans ces établissements médico-sociaux et enfin proposera quelques pistes pour favoriser la mise en œuvre et l'usage d'une liste préférentielle de médicaments dans ces structures après avoir recensé les travaux des ARS et des OMEDIT sur le sujet.

1 Les facteurs favorisant la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD

1.1 Les spécificités des résidents en EHPAD

1.1.1 Des profils de dépendance et de poly pathologies

L'âge moyen d'entrée en établissement est de plus en plus élevé. L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et les politiques fortes de maintien à domicile, au travers notamment de l'APA, sont les principaux facteurs explicatifs de ce constat.

Les résidents en EHPAD sont en moyenne plus âgés (84 ans et 9 mois) que les résidents des autres types d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou foyers logement⁴. Ils y entrent tardivement à 83 ans et 8 mois en moyenne. Parmi ces résidents, 85% sont dépendants (soit un GIR entre 1 et 4) ou 51% très dépendants (GIR entre 1 et 3), ce qui se traduit par un GMP⁵ de 663 en moyenne. Les trois quarts des résidents ont des problèmes d'incohérence dans leur comportement ou pour communiquer.

Le GMP est en hausse continue depuis 2010⁶ ce qui marque une hausse de la dépendance.

Le nombre de pathologie augmente avec le degré de dépendance des résidents.

En 2012, les états pathologiques les plus fréquents sont l'hypertension artérielle (59%), le syndrome démentiel (54%), les troubles du comportement (47%), les syndrômes abdominaux (44%), l'état dépressif (40%), l'incontinence (37%), le syndrôme digestif haut (34%), grabataires et trouble de la marche (32%), l'état anxieux (32%) et enfin les troubles du rythme (27%).

La prise en charge globale est donc très lourde pour un personnel en nombre restreint dans ces établissements.

⁴ PREVOT J., aout 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » études et résultats, DREES, N°699, 8p

⁵ Le GMP d'un EHPAD est le total des points GIR divisé par le nombre de résidents. C'est un indicateur du niveau de dépendance des résidents et sert à mesurer le niveau de prise en charge de la dépendance pour l'établissement. 663 correspondant à un GIR 3

⁶ « La politique du médicament en EHPAD » rapport Philippe Verger, décembre 2013 p19

1.1.2 Les traitements médicamenteux

Les poly pathologies des résidents les exposent à une prise importante de médicaments. La prise journalière est de 7 molécules par personne âgée en moyenne.

Les principales classes thérapeutiques⁷ utilisées en EHPAD sont :

- les antidépresseurs : 32%
- les anxiolytiques : 27%
- les hypnotiques : 22%
- les neuroleptiques : 15%
- les régulateurs de l'humeur : 3%

Bien que les médicaments soient un moyen thérapeutique d'un rapport bénéfice/risque favorable, leur usage comporte des risques soit en lien avec leurs effets propres, soit à cause du contexte et des modalités de leur utilisation.

Chez la personne âgée, les risques liés à la prise de médicaments sont accrus en raison du vieillissement.

Il existe une relation quasi-linéaire de réactions indésirables avec le nombre de médicaments absorbés.

Avec le vieillissement de l'organisme, l'absorption, le métabolisme, la distribution et l'élimination du principe actif des médicaments sont modifiés. Le métabolisme et l'élimination sont altérés par la diminution des fonctions rénales et hépatiques. D'autres modifications physiologiques seront également à prendre en compte : la diminution de la fonction digestive, respiratoire, la perte osseuse, et la perte musculaire. Ces modifications favorisent les interactions médicamenteuses et les contre-indications. Les prescriptions et posologies, ainsi que les heures de prise et les associations devront tenir compte de ces facteurs.

1.2 Les particularités de la prise en charge des résidents en EHPAD

1.2.1 Faiblesse de la culture sanitaire de la prise en charge des résidents

La vocation des EHPAD étant d'être des lieux de vie, les pratiques professionnelles au sein de ces établissements sont principalement tournées vers la qualité de vie des résidents et sont dominées par la culture d'accompagnement et de préservation de l'autonomie. Les EHPAD sont des structures d'accueil avec une logique

⁷ HAS « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » octobre 2007

d'accompagnement. Les résidents ne sont donc pas des malades. Le volet sanitaire de la prise en charge des résidents pour ces établissements médico-sociaux peine à émerger bien que le profil pathologique des résidents soit de plus en plus lourd.

1.2.2 De nombreux acteurs intervenant auprès du résident

Chaque résident a le choix de ses médecins (médecin traitant mais aussi médecin hospitalier, urgentiste et spécialistes libéraux) et de son pharmacien.

A ces acteurs choisis par les résidents, s'ajoutent les professionnels salariés de l'EHPAD qui interviendront, auprès de lui, tout au long de la prise en charge médicamenteuse, c'est-à-dire lors de la prescription, de la dispensation et de l'administration. Il s'agit du médecin coordonnateur, du pharmacien référent quand il existe, du personnel soignant de l'établissement (IDEC, IDE, AS et AMP), d'autres professionnels qui peuvent participer à l'aide à la prise (animateurs ou autre agent placé auprès du résident) et du directeur de l'établissement.

Une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est nécessaire pour limiter les risques de iatrogénie médicamenteuse. Il nécessite l'implication des médecins traitants dans l'EHPAD par rapport à la prise en charge médicamenteuse et une bonne coordination entre tous les professionnels intervenant auprès du résident.

Or de nombreux constats sont en faveur d'une faible implication des médecins libéraux dans la prise en charge médicamenteuse (faible participation aux commissions de coordination gériatriques qui se tiennent au sein de l'EHPAD, prescription hors liste préférentielle quand elle existe, difficulté de l'EHPAD pour les joindre lorsqu'il faut ajuster le traitement des résidents et difficultés relationnelles des médecins libéraux avec les médecins coordonnateurs⁸).

Par ailleurs, la coordination entre les médecins libéraux, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante est très aléatoire et de qualité inégale. Elle dépend souvent des relations inter-personnelles.

Il est également difficile de gérer les interférences entre les prescriptions courantes et celles des spécialistes. L'expérience a montré qu'il peut arriver qu'un anesthésiste prescrive l'arrêt d'un anticoagulant avant une intervention chirurgicale, mais que ce

⁸ Article D312-157 du CASF

médicament continue à être administré au résident parce qu'il figure sur l'ordonnance du généraliste.

De plus, l'importance du nombre de prescripteurs libéraux dans l'EHPAD et la faiblesse du temps d'exercice du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas en faveur d'une bonne coordination et d'une communication optimale entre ces acteurs.

Le temps de présence du médecin coordonnateur reste souvent limité au minimum légal⁹, en raison du coût mais aussi de la difficulté à le recruter dans certaines zones rurales.

Enfin, les différents pharmaciens d'officine intervenant dans l'EHPAD, s'approvisionnent auprès de laboratoires pharmaceutiques génériqueurs différents. Chacun produit des médicaments sous des aspects (formes, couleur) différents, ce qui rend plus difficile l'identification des médicaments par l'équipe soignante et ne contribue pas à les alerter au moment de l'administration sur d'éventuelles erreurs survenues au moment de la préparation des doses à administrer.

1.2.3 Les spécificités de la prescription gériatrique

La prescription chez la personne âgée est particulièrement délicate en raison du vieillissement de l'organisme, du nombre de pathologies et du déclin fonctionnel.

La présence de poly-pathologies nécessite souvent de faire un choix thérapeutiques, avec le résident si possible, pour limiter le risque iatrogénique.

La prescription fait appel à des connaissances gérontologiques et nécessite une révision des ordonnances au regard de l'évolution de l'état de santé du résident.

Elle nécessite de connaître :

- la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée et ses manifestations les plus fréquentes : hypotension orthostatique avec chutes, deshydratation liée à une insuffisance rénale,
- les médicaments inappropriés chez les plus de 75 ans (médicaments dont le rapport bénéfice risque n'est pas suffisamment élevé pour être considérés comme indispensables
- les paramètres conditionnant l'adaptation posologique : l'état nutritionnel, le poids, l'état de la fonction rénale, hépatique
- les interactions médicamenteuses

⁹ Article D 312-156 du CASF

- l'adaptation de la forme galénique en cas de troubles de la déglutition
- la possibilité d'écrasement des comprimés. L'écrasement présente un risque potentiel de iatrogénie en raison de l'inexactitude des doses réellement administrées.

Ainsi, l'importance du nombre de médicaments pris, la multiplicité des prises de médicaments et les très nombreux acteurs intervenant auprès du résident montrent la nécessité de disposer d'outils partagés au sein de l'EHPAD.

2 La liste préférentielle de médicaments : un outil de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

2.1 Ce qu'est la liste préférentielle

La liste préférentielle de médicaments est un document listant les médicaments à utiliser préférentiellement dans l'établissement et fournit des informations complémentaires sur les médicaments adaptées à la personne âgée.

En EHPAD, la liste exclut les médicaments inappropriés chez la personne âgée.

C'est un outil pratique d'aide à la prescription et au bon usage des médicaments. Elle permet d'optimiser le nombre de spécialités (la multiplication des références peut être une source d'erreur) et d'avoir une gamme suffisante de médicaments à l'efficacité démontrée, à la sécurité établie et présentant une efficacité thérapeutique et une efficacité médico-économique. Elle doit répondre aux besoins correspondant à la majorité des situations thérapeutiques et non à toutes les situations.

Elle a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des résidents.

En pratique, Le choix des produits s'effectue après évaluation de plusieurs critères. Les spécialités retenues présentent la meilleure balance bénéfique/risque. A efficacité équivalente la spécialité la moins coûteuse sera utilisée préférentiellement. Ces spécialités doivent être adaptées aux personnes âgées polypathologiques, en termes de galénique, pharmacocinétique, réduction du nombre de prises, adaptation posologique chez l'insuffisant rénal etc.

Son élaboration répond à une obligation réglementaire.

2.2 Un cadre juridique existant mais une mise en œuvre limitée dans les EHPAD

Le V de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles dispose que le médecin coordonnateur élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine.

L'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant dans les EHPAD rappelle les obligations du médecin coordonnateur et du médecin traitant concernant cette liste :

- le médecin coordonnateur élabore la liste en collaboration avec le médecin traitant et le pharmacien. Il transmet cette liste au médecin traitant (2.2 de l'article 2) et informe le masseur kinésithérapeute de cette liste
- le médecin traitant s'engage à participer à l'élaboration ou à la révision de la liste en collaboration avec les professionnels exerçant dans l'établissement (2.3 de l'article 2) mais aussi à prescrire préférentiellement au sein de cette liste (3.2 de l'article 3).

Le principe de la liste est donc clairement établi sur le plan juridique. Pour autant, sur le terrain, elle reste inégalement mise en œuvre au sein des EHPAD en raison notamment des contraintes de méthodologie, de temps, de coût d'élaboration et d'actualisation mais également des difficultés d'adhésion des médecins libéraux. Ces difficultés sont développées dans le paragraphe 2.3.2 « Les limites » ci-dessous.

2.3 Les avantages et les limites à la mise en place

2.3.1 Les avantages

La mise en œuvre de la liste nécessite une réflexion collective des professionnels, adaptée à la personne âgée (la forme galénique, la cinétique et l'adaptation posologique), sur le bénéfice/risque des médicaments.

La liste permet notamment d'exclure les médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie et précise les possibilités d'adaptation posologique comme l'écrasement¹⁰.

Elle présente plusieurs avantages directs selon les acteurs concernés :

- pour le patient : le référencement de médicaments adaptés à son profil dont le rapport bénéfice risque est positif et éviter les médicaments superflus potentiellement iatrogènes
- pour le prescripteur : l'utilisation de molécules éprouvées en gériatrie, une meilleure maîtrise des médicaments utilisés et un accès à des informations complémentaires de bon usage disponibles sur la liste (adaptation posologique en fonction de l'insuffisance rénale et hépatique
- pour l'équipe soignante : une optimisation des références de médicaments à utiliser, une meilleure connaissance des médicaments manipulés, une détection plus facile des effets indésirables, un accès à des informations complémentaires pour adapter la préparation (possibilité d'écrasement, d'ouverture de gélule), faciliter l'administration des médicaments (le moment de prise, le véhicule d'administration) et réduire leur temps de travail,
- pour le pharmacien : une meilleure connaissance des molécules qu'il propose et une efficacité de sa gestion (rationalisation du stock, regroupement des commandes, négociation du prix ...

En plus des avantages directs de l'utilisation de la liste, sa mise en œuvre renforce la cohérence et la cohésion de la pratique pluridisciplinaire. C'est en effet l'occasion pour les professionnels de partager leurs pratiques, d'échanger sur les difficultés rencontrées, de les résoudre pour faire évoluer leurs pratiques voire les harmoniser.

Par ailleurs la liste a des effets sur la structure de la prescription car elle permet de rationaliser l'usage de certains médicaments spécifiques parfois onéreux. Lorsque ces derniers ne sont pas référencés sur la liste, leur utilisation est en effet permise tout en étant découragée et considéré comme l'exception.

Sur la base d'une liste rationalisée, le médecin coordonnateur en lien avec les professionnels de santé peut plus facilement définir certains protocoles comme le

¹⁰ « Financement des soins dispensés dans les EHPAD » rapport IGAS octobre 2013

protocole de prise en charge de la douleur ainsi que les restrictions de prescriptions de certains médicaments (stupéfiants, anxiolytiques, hypnotiques, antibiotiques, etc).

2.3.2 Les limites

➤ En matière d'amélioration des pratiques

La liste ne permet pas d'agir sur la sur-prescription ou la sous prescription en volume. Elle ne permet pas non plus de prévenir des interactions et contre-indications entre deux médicaments prescrits au sein de la liste¹¹.

➤ En matière d'élaboration de la liste

L'élaboration d'une liste nécessite le suivi d'une méthodologie complexe faisant appel à plusieurs critères de décision adaptés à la population prise en charge et à des acteurs pluridisciplinaires. C'est un travail extrêmement conséquent en terme de temps pour recenser les médicaments utilisés dans la pratique de l'établissement et en terme d'obtention de consensus entre les parties prenantes. Une fois constituée la liste doit être actualisée à une fréquence définie et pertinente.

➤ Pour les patients

L'utilisation d'une liste au sein d'un établissement pose la question de l'équité d'accès aux médicaments pour les personnes âgées par rapport aux autres EHPAD d'une part et par rapport aux personnes âgées restées à domicile d'autre part.

Ainsi, lors d'une entrée en EHPAD, un changement de traitement peut être nécessaire pour se conformer à la liste. Pour les patients autonomes dans leur prise de médicaments, le médecin, le pharmacien et le personnel soignant devront faire preuve de pédagogie auprès du résident pour l'aider à changer ses habitudes.

Le patient peut souhaiter changer de médicament. La liste qui ne référence pas de nombreuses spécialités par classe et parfois n'en référence qu'une, n'offrira pas toujours la possibilité de changer de médicament.

➤ Pour les médecins traitants

Pour prescrire selon la liste, le médecin doit s'appropriier le contenu de cette liste en amont de la prescription pour en avoir une connaissance qui permette son utilisation. Une bonne appropriation de la liste est souvent liée au degré de participation du praticien dans son élaboration.

¹¹ « Prescription des médicaments en ville et en établissement », rapport IGAS

L'usage de la liste peut nécessiter des changements dans les habitudes prescriptives ce qui peut freiner le praticien dans l'utilisation qu'il en fait. Cette contrainte peut aussi être perçue comme une perte de sa liberté de prescription.

Par ailleurs, dans la mesure où la liste est élaborée en fonction du profil pathologique des résidents, cette liste varie d'un établissement à l'autre. Un médecin traitant intervenant dans plusieurs établissements devra intégrer plusieurs listes dans sa pratique ce qui est contraignant pour lui.

Enfin, la liste peut avoir un effet culpabilisant sur certains prescripteurs lorsqu'elle met en évidence un traitement inapproprié d'après les molécules retenues sur la liste alors qu'en pratique, chez certains patients, le médicament reste le plus adapté.

3 Les leviers pour développer l'usage de la liste préférentielle

3.1 Les travaux des ARS et OMEDIT

L'amélioration de la qualité et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients sont une priorité des ARS inscrite dans leur programme régional de santé respectif relevant à la fois de la gestion des risques (lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, bon usage des médicaments) et du risque assurantiel (maîtrise des coûts). Cette priorité se décline sur plusieurs axes de travail dont la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD.

C'est dans ce domaine que certaines ARS ont choisi d'aider les EHPAD à développer la mise en œuvre d'une liste préférentielle de médicaments en tant qu'outil de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse mais également en tant qu'outil d'efficience.

Ces ARS ont produit en leur nom ces outils, d'autres ont choisi de faire appel à des structures d'appui intervenant dans les champs sanitaire et médico-social : les OMEDIT.

Les productions ont porté sur 2 types d'outils destinés aux EHPAD. Il s'agit soit d'une liste de médicaments déjà constituée que l'EHPAD doit adapter en fonction de la pratique prescriptive au sein de l'établissement et du profil pathologique de ses résidents soit d'un guide méthodologique pour aider les établissements à élaborer leur propre liste préférentielle.

L'élaboration d'une liste et son actualisation sont très chronophages et nécessitent des ressources humaines et financières autrement plus importantes que celles nécessaires à la constitution d'un outil méthodologique. Par ailleurs l'étendue des pratiques prescriptives dans les établissements ainsi que la diversité des profils pathologiques des résidents ont été perçus, par certaines ARS ou OMEDIT, comme des critères peu facilitant la mise en place d'une liste « type » qui puisse constituer une base de travail pour les EHPAD qui souhaiteraient l'adapter ensuite pour élaborer leur propre liste préférentielle.

Tous ces éléments ont pesé dans le choix fait par les ARS pour s'orienter vers l'une des deux solutions.

La consultation des sites Internet des ARS mais également les nombreux contacts avec les PHISP lors du stage statutaire qui s'est déroulé à l'EHESP du 8 au 12 juin 2015, a permis de faire un état des lieux des travaux menés par les ARS ou OMEDIT en matière

de production de liste ou d'outil méthodologique. Il est donc possible à ce jour de recenser que :

- 8 ARS ou OMEDIT ont élaboré une liste préférentielle (OMEDIT Alsace, l'ARS Basse-Normandie, OMEDIT Bretagne, l'ARS Bourgogne, l'OMEDIT Centre, OMEDIT Haute Normandie, OMEDIT Midi-Pyrénées et l'ARS Rhône-Alpes).

- 5 ARS ou OMEDIT ont élaboré une méthodologie (ARS Auvergne, l'ARS Franche-Comté, l'ARS Champagne-Ardenne, ARS Languedoc-Roussillon, OMEDIT Pays de Loire).

Les autres ARS n'ont pas souhaité s'inscrire dans la mise en œuvre d'une liste mais certaines d'entre elles ont proposé d'autres actions en lien avec la PECM en EHPAD. Les expériences de l'ARS Ile de France et de l'ARS PACA sont citées ici à titre d'exemple.

L'ARS Ile-de-France a réalisé une étude¹² en avril et mai 2014 sur la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD de sa région. Il s'agit de la première étape d'une campagne d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD menée par l'ARS. 70% des EHPAD d'Ile-de-France ont répondu à cette enquête déclarative par questionnaire en ligne. Les résultats, publiés sur le site de l'ARS en février 2015, mettent en évidence que 35,9% des EHPAD disposent d'une liste préférentielle ou d'un livret thérapeutique mais que seulement 1/3 d'entre eux l'utilisent systématiquement.

La présence d'une PUI dans l'établissement influe de manière significative à la mise en place, à la diffusion et à l'utilisation de la liste préférentielle, que l'établissement soit ou non rattaché à un établissement hospitalier. Cet état des lieux réalisé permettra à l'ARS de définir un plan d'actions qui tient compte des besoins des EHPAD afin de les aider à améliorer leur PECM. Le calendrier de rédaction du plan d'action n'est pas défini à ce jour.

L'ARS PACA a mis en œuvre un programme d'inspection relatif au circuit du médicament en EHPAD. Ainsi en 2 ans (2013 – 2014), une quarantaine d'inspections a été menée dont l'objectif était d'accompagner les EHPAD dans l'amélioration de leur circuit de PECM.

Dès à présent et suites aux remontées relatives aux premières inspections, l'ARS a mis sur son site internet des outils spécifiques aux EHPAD comme la liste préférentielle de médicament, les listes de médicaments écrasables, etc

¹² ARS Ile-de-France Rapport « prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD franciliens » Février 2015

3.2 L'approche de l'ARS Rhône-Alpes : une diffusion maîtrisée de sa liste préférentielle pour favoriser l'appropriation par les prescripteurs

L'ARS Rhône-Alpes fait partie des 8 ARS et OMEDIT qui ont choisi d'élaborer une liste préférentielle de médicaments mise à disposition des prescripteurs pour les aider à optimiser leur pratique dans les EHPAD.

L'élaboration et l'actualisation de la liste est faite par des groupes de travail réunissant des prescripteurs généralistes et spécialistes. La coordination des groupes est assurée par un pharmacien clinicien. Les propositions faites dans ces groupes sont ensuite validées par un comité scientifique de spécialistes. L'élaboration et l'actualisation de cette liste préférentielle est un travail très lourd et chronophage.

Cette liste n'est pas exclusive et ne s'oppose pas à la liberté de prescription des médecins. Elle référence des molécules, par pathologie et par indication, et les accompagne d'un argumentaire justifiant leur présence dans la liste. Actuellement, la liste concerne 4 domaines thérapeutiques : la cardiologie, l'infectiologie, la psychiatrie et l'antalgie.

L'ARS s'est également attachée à répondre à des exigences de forme pour proposer un outil qui soit adapté à la pratique des médecins, simple à utiliser et pratique (un format pouvant être placé dans une poche de vêtement ou de blouse). Ainsi, par exemple, la liste destinée à la cardiologie comprend 4 pages imprimées recto-verso.

L'ARS a choisi de ne pas publier sa liste sur son site Internet contrairement aux autres ARS et OMEDIT. Ce choix délibéré s'explique principalement par sa volonté d'accompagner la mise à disposition de la liste auprès des professionnels concernés (médecins coordonnateurs d'EHPAD, médecins libéraux et pharmaciens d'officine) et ce pour en faciliter l'appropriation.

L'Agence propose également des réunions de formation pour les professionnels afin de présenter la liste mais également d'autres outils ayant un impact sur la qualité de la prescription et permettre des échanges autour de cas pratiques d'optimisation de PECM. Au sein d'un territoire de la région, les EHPAD sélectionnés pour ces réunions de

formation, ont été identifiés au préalable, par l'ARS, après un diagnostic de la PECM réalisé dans les établissements, à partir de 30 prescriptions tirées au sort puis analysées.

Ces réunions ont reçu des retours très positifs des participants. Pour l'ARS, cet accompagnement à la diffusion de la liste paraît aujourd'hui indispensable.

Actuellement, l'évaluation de cette démarche est en cours et devrait amener l'ARS à réfléchir à son déploiement progressif à d'autres territoires de la région. Un programme de développement professionnel continu, porté par un des établissements de la région, est en cours d'élaboration et proposera quatre programmes adaptés aux différents intervenants dans la PECM.

3.3 Des évolutions nécessaires

Les pistes d'évolution faites dans cette partie relèvent des missions d'un pharmacien Inspecteur de santé publique (PHISP) exerçant en administration centrale. Ce choix s'explique par mon expérience professionnelle qui m'a conduite à collaborer avec de nombreux PHISP et par ma future affectation à la Direction Générale de la Santé du Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Parmi les propositions faites ci-dessous, certaines ciblent directement la mise en place de la liste préférentielle, d'autres devraient permettre d'agir plus largement sur la PECM dans les EHPAD.

3.3.1 Renforcer la formation initiale des médecins et des pharmaciens en gériatrie

Concernant les médecins, il semble nécessaire de développer les formations spécifiques aux problématiques du sujet âgé. Pour cela, une extension des heures de cours dédiés à cet enseignement est à prévoir.

Par ailleurs, les étudiants en médecine apprennent le plus souvent à prescrire lors des stages hospitaliers d'internat. Ces stages devraient être organisés en EHPAD pour sensibiliser les étudiants aux problématiques des résidents et aux modes de fonctionnement de ces établissements.

Concernant les pharmaciens d'officine qui souhaitent s'engager dans une convention¹³ avec un EHPAD pour pouvoir en assurer l'approvisionnement en médicaments, il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier d'une formation particulière relative aux questions liées à la prise en charge de la personne âgée comme c'est le cas en Suisse où l'exercice du pharmacien dans un établissement pour personnes âgées dépendantes est conditionné à une formation spécifique adaptée à ces résidents.

En France, cette formation pourrait être sanctionnée par un diplôme universitaire dont l'obtention conditionnerait l'exercice du pharmacien en EHPAD.

3.3.2 Inscrire un programme d'inspection en EHPAD dans les Objectifs Nationaux d'Inspection Contrôle (ONIC) 2016

La réalisation d'un programme d'inspection visant à améliorer la qualité de la PECM dans les EHPAD adossés ou non à une PUI permettrait de déployer la diffusion de listes préférentielle de médicaments et d'encourager leur utilisation.

Pour que ce programme soit mis en œuvre par les 26 ARS, il doit être inscrit dans les objectifs nationaux de contrôle fixés au niveau national et approuvé par le conseil national de pilotage des ARS. Cette inscription pourrait être portée par les trois directions du ministère chargé de la santé en fonction des objectifs recherchés : lutte contre la iatrogénie médicamenteuse pour la DGS, efficience pour la DSS et réduction des hospitalisations évitables grâce à une réduction de la iatrogénie médicamenteuse pour la DGOS.

Par ailleurs, l'inscription dans les ONIC donnera le cadre d'une action harmonisée et cohérente au niveau des régions. Une grille d'inspection élaborée par un groupe de travail sera proposée aux ARS ainsi qu'un guide. Les ARS disposeront ainsi d'outils harmonisés sur lesquels elles s'appuieront pour mener leurs inspections. Cette grille pourrait intégrer un critère permettant de vérifier la mise en place d'une liste préférentielle dans l'EHPAD. En l'absence de liste, l'établissement pourra être accompagné par l'ARS pour la mise en place de cet outil.

13 L'article 88 de la LFSS du 21 décembre 2006 a introduit le principe d'une convention entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD. Article 88 codifié L.5126-6-1 du code de la santé publique. Le contenu de cette convention type sera fixé dans un arrêté qui reste à paraître.

L'élaboration de la grille d'inspection « nationale » pourrait s'inspirer de grilles existantes et notamment de la grille de l'ARS PACA qu'elle a réalisée pour son programme d'inspection en EHPAD, mais également des retours d'expérience des différents professionnels.

3.3.3 Demander à l'ANESM¹⁴ d'élaborer un guide d'évaluation spécifique sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale en 2007. Ce groupement d'intérêt public financé par l'Etat et le CNSA, est placé sous la tutelle de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

L'ANESM a pour but d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans leur démarche de qualité et d'évaluation. Les supports pour la démarche d'évaluation interne prévoient, en axe 2, un item concernant « l'amélioration du diagnostic de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement¹⁵ ». Cet item est ciblé et ne peut pas s'étendre à tous les résidents mais les conseils plus généraux, présents dans ce guide, sur la conduite des évaluations apportent une culture nouvelle aux établissements. Celle-ci contribue aux démarches de sécurisation mis en place par les établissements.

Toutefois, l'ANESM pourrait élaborer un guide spécifique relatif à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD en raison de la multitude des problèmes que ces établissements ont à résoudre. Le prochain rapprochement prévu de l'ANESM avec la HAS devrait lui permettre de collaborer plus facilement avec cette autorité et de bénéficier de son expertise sur la iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée.

Ce guide serait l'occasion de rappeler aux ESSMS les avantages de la mise en place d'une liste préférentielle de médicaments comme un outil de sécurisation du circuit du médicament donc de sécurisation de la prise en charge des patients.

3.3.4 Faire évoluer l'arrêté du 31 mars 1999

¹⁴

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>
[

¹⁵ Annexe VII

L'arrêté du 31 mars 1999¹⁶ fixe les règles relatives à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses, hors stupéfiants seulement pour les EHPAD disposant d'une PUI.

Le rapport Verger rappelle qu'hormis ce texte, il n'existe que peu de textes juridiques relatifs au médicament dans le secteur médico-social. Il s'agit essentiellement des articles du CASF sur les missions du médecin-coordonnateur en EHPAD et sur l'aide à la prise des médicaments.

Ce rapport recommande d'abroger cet arrêté pour le remplacer par un texte qui permette de mieux encadrer le circuit du médicament dans des établissements médicaux sociaux qu'ils soient ou non dotés d'une PUI.

Ce nouvel arrêté pourrait inciter les EHPAD à mettre en place une liste préférentielle de médicaments. Cette liste pourrait être citée comme étant un moyen d'améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD.

¹⁶ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses.

Conclusion

L'utilisation d'une liste préférentielle de médicaments en EHPAD est un outil qui permet non seulement de limiter certains accidents iatrogéniques, mais trouve également sa pertinence d'un point de vue médico-économique. Elle favorise en outre les échanges pluri professionnels au profit des résidents. Elle contribue à une bonne coordination des différents professionnels de santé et promeut des pratiques homogènes et adaptées aux résidents des EHPAD.

La moitié des ARS et OMEDIT ont pris conscience de l'intérêt de cet outil et ont œuvré pour élaborer une liste ou un guide méthodologique permettant aux EHPAD de constituer leur propre liste. Toutefois, toutes les régions ne proposent pas ou ne mettent pas à disposition de leurs établissements ces outils. Tous les EHPAD n'ont pas un égal accès à ces outils.

Par ailleurs, la coexistence de différentes listes au niveau national est le signe de l'absence d'homogénéité des pratiques dans les différentes régions ce qui n'est pas en faveur d'une harmonisation des pratiques professionnelles.

Dans le cadre d'un échange de pratiques, les ARS ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments, pourraient partager leurs outils avec les autres ARS. Cette mutualisation des travaux ainsi que les échanges de pratiques inhérents seraient efficaces et pourraient aboutir à une liste préférentielle inter régionale voire nationale.

Il pourrait également, dans ce contexte, être envisagé de voir un jour émerger une liste préférentielle de médicaments destinée aux personnes âgées quel que soit leur lieu de vie ou de soins (établissement de santé, EHPAD, domicile, etc) afin qu'elles puissent à leur tour bénéficier d'une amélioration et d'une sécurisation de leur prise en charge médicamenteuse.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique, 2011, 25^e édition, Dalloz.

Code de l'action sociale et des familles, 2011, 7^e édition, Dalloz.

MINISTERE DE LA SANTE, Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.

MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI DE LA SANTE et MINISTERE DE LA SOLIDARITE ET COHESION SOCIALE, Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI DE LA SANTE et MINISTERE DE LA SOLIDARITE ET COHESION SOCIALE, Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3^o de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif aux missions du médecin coordonnateur.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

DESTAIS N., RUOL V., THIERRY M., 2012, Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - évaluation de l'option

tarifaire dite globale, Inspection générale des affaires sociales, disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article239>.

DEUMIE B., PIERRAT C., RUOL V., 2013, Prescription des médicaments en ville et en établissement, rapport IGAS, 211p.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, 2014, Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, 19p.

KPMG, 2013, Observatoire des EHPAD, 71p.

LAROCHE M.L., BOUTHIER F., MERLE L., 2009, Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866308007947>

NAVES P., DAHAN M., 2010, Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, rapport IGAS, 100 p.

PRESCRIRE, le guide sur les interactions 2013

VERGER P., 2013, La politique du médicament en EHPAD, rapport, 80 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Dossier de presse, mars 2015 - Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

MEMOIRES ET THESES

PINEAU V., 2012, le circuit du médicament en EHPAD : organisation et pistes d'amélioration, Mémoire EHESP filière PHISP, 37 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

HOUSIEAUX E., 2011, « Prévenir l'iatrogénie à l'officine », Le moniteur des pharmacies formation, n°135, 15p.

CHAZAL J., 2011, « Les pathologies démentielles (maladies d'alzheimer et maladies apparentées » DREES, N°22, 8p.

PERRIN –HAYNES J., 2011, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », DREES, N°22, 13 p.

PREVOT J., mai 2009, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » études et résultats, DREES, N° 689, 8 p.

PREVOT J., aout 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » études et résultats, DREES, N°699, 8 p.

SITES INTERNET

ANSM - Prévenir les effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées
[http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Prevenir-les-effets-indesirables-des-medicaments-chez-les-personnes-agees/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Prevenir-les-effets-indesirables-des-medicaments-chez-les-personnes-agees/(language)/fre-FR), consulté le 11 juillet 2015

ARS Auvergne : « Votre livret thérapeutique en EHPAD : comment l'élaborer ? » :
http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/soins_et_accompagnement/structure_medico_sociale/RIDE/recommandations_expert/iatrogenie/bon_usage_du_med/poster_livret-th_v3.pdf, consulté le 10 février 2015

ARS Bourgogne – liste préférentielle de médicaments en EHPAD :
<http://ars.bourgogne.sante.fr/Liste-preferentielle-de-medica.157290.0.html>, consulté le 10 juillet 2015

ARS Franche Comté http://ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Manifestations/7ReuniondepartementaleEhpad_ListePreferentielle_DrCano.pdf, consulté le 13 juillet 2015

ARS Ile-de-France, 2015, « prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD franciliens » Rapport,
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/index.php?id=172846&q=priseen%20charge%20m%C3%A9dicamenteuse%20dans%20les%20EHPAD>, consulté le 13 juillet 2015

ARS Pays de Loire : accès à la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments :
<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS->

[LOIRE/F qualite efficience/rencontres qualitefficience/2014/2014-06-18/LISTE_PREFERENTIELLE - OMEDIT.pdf](#), consulté le 2 juillet 2015

ARS Rhône-Alpes, Guide de la sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 2012, disponible sur : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Circuit-du-medicament-enEHPAD.131713.0.html>. , consulté le 10 juin 2015.

HAS - Prescription médicamenteuse chez le Sujet Agé – Prévention de la iatrogénie – plateforme professionnelle – Indicateurs d'alerte et de maîtrise, 2012, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637256/fr/pleniere-has-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-prevention-de-la-iatrogenie-plateforme-professionnelle-indicateurs-d-alerte-et-de-maitrise-saint-denis-29-novembre-2012, consulté le 10 juillet 2015,

HAS – Améliorer la prise en charge des personnes âgées polypathologiques : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2037157/fr/ameliorer-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-polypathologiques, consulté le 13 juillet 2015

LEGRAIN S., 2005, Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, disponible sur internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/345227/>, consulté le 11 juillet 2015

OMEDIT/ARS Alsace : <http://www.ars.alsace.sante.fr/Liste-preferentielle-de-medica.144691.0.html> (version minimale .9 d'Adobe Reader requise), consulté le 15 mai 2015.

OMEDIT Basse-Normandie : <http://www.omedit-basse-normandie.fr/thematiques/personnes-agees-ehpad,1809,1877.html?>, consulté le 2 juillet 2015.

OMEDIT Bretagne : <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/politique-du-medicament>, consulté le 11 juin 2015.

OMEDIT Centre : accès au livret sous format pdf : <http://www.omedit-centre.fr/site/default.php> , consulté le 13 juillet 2015

OMEDIT Champagne-Ardenne : « Elaborer VOTRE liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée », août 2013 : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNEARDENNE/ARS_Internet/qualite_performance/secteur_medicosocial/prev_chute_ehpad_2013/08/Methodo_elaboration_liste_preferentielle.pdf, consulté le 10 février 2015

OMEDIT Midi-Pyrénées : accès à la liste préférentielle de médicaments utilisables en EHPAD : <http://omedit-mip.jimdo.com/ehpad/liste-pr%C3%A9f%C3%A9rentielle/> , consulté le 2 juillet 2015

Liste des annexes

ANNEXE I : méthodologie d'élaboration d'une liste préférentielle – ARS Franche Comté

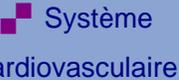
ANNEXE II : Liste Préférentielle de Médicaments Adaptés à la Personne Agée en EHPAD, OMEDIT Alsace – système cardiovasculaire pages 40 à 51

ANNEXE III : Axe 2 extraits de la présentation de la démarche d'évaluation interne de l'ANESM

ANNEXE I : méthodologie d'élaboration de liste préférentielle – ARS Franche Comté

ACTEURS	ACTIONS	COMMENTAIRES
Le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LISTER les médicaments prescrits et utilisés dans l'établissement sur un support informatique </div>	<p>L'utilisation d'outil informatique est dès le départ indispensable. Le support écrit n'est pas viable. Utiliser une tableur excel ou les fonctions de création du livret du médicament préexistante dans le logiciel utilisé.</p>
Le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TRIER les médicaments selon les classes pharmacologiques de référence </div>	<p>Selon le classement ATC par exemple.</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> REPERER les médicaments en doublon et ceux dont la présence ne s'explique pas </div>	<p>Ce premier tri tend à enlever les "erreurs" grossières.</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ETABLIR des critères de choix et les classer par ordre d'importance </div>	<p>Critères liés à l'efficacité, au service médical rendu (SMR), à la sécurité d'utilisation, au coût, la facilité d'utilisation...</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent + Tous les prescripteurs	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> VALIDER les critères avec les médecins prescripteurs de l'établissement </div>	<p>Une information de l'ensemble des prescripteurs doit être menée au préalable par le directeur de l'établissement par courrier et lors d'une réunion. Il est important que tous les prescripteurs soient au moins conviés à une réunion de présentation de la démarche qui sera aussi l'occasion de valider les critères ou de les modifier.</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TRIER la liste initiale avec les critères retenus = livret médicament </div>	<p>Le format de diffusion du livret est important sur le plan de la facilité de mise à jour et de l'ergonomie. Informatiquement, la liste des médicaments est intégrer dans le logiciel d'aide à la prescription comme liste de référence à utiliser en priorité.</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PREVOIR la procédure de prescription hors livret retenu </div>	<p>La procédure de prescription hors livret doit rester une possibilité exceptionnelle sur justification ou explication du prescripteur auprès du pharmacien.</p>
La Direction, le médecin coordonnateur et le pharmacien référent + Tous les prescripteurs + Tous les autres professionnels de santé	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> VALIDER le livret du médicament et la procédure de prescription hors livret </div>	<p>Cete réunion présidée par la Direction de l'établissement est l'occasion de lever les dernières difficultés et de sécuriser l'exercice des professionnels avant la mise en place du livret du médicament comme référentiel de prescription.</p>
Le médecin coordonnateur et le pharmacien référent	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> METTRE A JOUR ET EVALUER LE LIVRET PERIODIQUEMENT </div>	<p>L'évolution des médicaments (retraits, nouveautés, changements de prix...) nécessitent une mise à jour périodique et une révision complète au moins annuelle. Le suivi du nombre de prescription hors livret et du type de justification constitue un indicateur de suivi.</p>

**ANNEXE II : Liste Préférentielle de Médicaments Adaptés à la Personne Agée en EHPAD, OMEDIT Alsace – système cardiovasculaire
pages 40 à 51**

	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Digoxine ^{BLP}	DIGOXINE®	non	important	5 µg/0,1 ml	Sol. buvable en gouttes (fl. 60ml)	A administrer directement dans la bouche à l'aide de la pipette-doseuse.	Tenir compte de la présence d'éthanol. <i>Conservation</i> : 2 mois à t° ambiante après ouverture. Inapproprié selon la liste Priscus, de Beers 2012 (dose > à 0,125 mg/j) et de Laroche (dose > à 0,125 mg/j et ou concentration sérique > à 1,2 ng/ml). Les sujets âgés sont plus sensibles à la digoxine. La réduction de la fonction rénale peut entraîner une diminution de la clairance du produit et un risque de toxicité. Surveiller la digoxinémie, adapter les	!/	!/

								doses. Autres alternatives possible : bêta-bloquants, diurétiques, IEC.		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Antiarythmiques

Classe III

Amiodarone ^B	CORDARONE®	oui	important	200 mg	Cp. sécable	<p>A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i></p>	<p>Contrôler l'INR en cas d'association avec les AVK. Tenir compte de la présence d'iode. Eviter l'exposition solaire. Inapproprié selon la liste de Beers : modification de l'intervalle QT et risque de torsades de pointe. Manque d'efficacité chez le sujet âgé.</p>	
-------------------------	------------	-----	-----------	--------	-------------	---	---	--

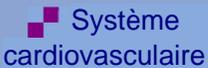
 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
--	--	-----------	-----	---------	-------------------	----------------------------	---------------------------------	----	----

Vasodilatateurs en cardiologie

Dérivés nitrés

Dérivés nitrés à action immédiate

Isosorbide dinitrate	ISOCARD®	non	important	1%	Sol. sublinguale (fl. pulvérisateur 20 ml)	<p>Voie sublinguale. Pulvériser sur la muqueuse buccale, sous la langue, sans inhaler.</p> <p>En cas de renouvellement, conseiller au patient de s'asseoir et de rester assis pendant une dizaine de minutes après la deuxième administration.</p>			
Trinitrine	NATISPRAY®	non	important	0,15 mg 0,30 mg	Sol. pour pulvérisation buccale (fl. 13,5 et 18 ml)	<p>Voie sublinguale. Pulvériser sur la muqueuse buccale, sous la langue, sans inhaler.</p> <p>En cas de renouvellement, conseiller au patient de s'asseoir et de rester assis pendant une dizaine de minutes après la deuxième administration.</p>			

	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Trinitrine	TRINITRINE SIMPLE®	non	important	0,15 mg	Pilule enrobée	<p>Voie sublinguale. A croquer et à garder dans la bouche. En cas de renouvellement, conseiller au patient de s'asseoir et de rester assis pendant une dizaine de minutes après la deuxième administration.</p>			
Dérivés nitrés à action prolongée									
Isosorbide mononitrate	MONICOR®	non	important	20 mg 40 mg 60 mg	Gélule à libération prolongée (microgranules)	<p>A avaler avec de l'eau. Ne pas ouvrir la gélule. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ouverture possible de la gélule mais attention ne pas écraser les microgranules.</i> A administrer immédiatement après ouverture.</p>	Respecter un intervalle libre d'au moins 12h entre deux prises.		

Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Trinitrine	NITRIDERM TTS® DIAFUSOR® CORDIPATCH® DISCOTRINE® EPINITRIL® TRINIPATCH®	oui	important	5 mg/24h 10 mg/24h 15 mg/ 24h (pas de générique pour ce dosage)	Dispositif transdermique	A appliquer sur peau sèche et propre, non irritée, non écorchée. Ne pas couper les dispositifs. Ne recoller un dispositif au même endroit qu'après plusieurs jours.	Respecter un intervalle libre d'au moins 8h entre deux patches.		
Autres vasodilatateurs en cardiologie									
Molsidomine	CORVASAL®	oui	important	2 mg 4 mg	Cp. sécable Comprimé	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés. A administrer immédiatement après broyage (principe actif photosensible).</i> A administrer au cours des repas.			/!
Nicorandil	ADANCOR® IKOREL®	oui	important	10 mg 20 mg	Cp. sécable Comprimé	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés. A administrer immédiatement après</i>			

						broyage.			
--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--

 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
--	--	-----------	-----	---------	-------------------	----------------------------	---------------------------------	----	----

Diurétiques

Diurétiques du tube distal, thiazidiques

Hydrochlorothiazide	ESIDREX®	non	important	25 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés. Goût désagréable, à administrer immédiatement après broyage, sur un aliment semisolide. Ne pas dissoudre</i>		/!	/!
---------------------	----------	-----	-----------	-------	-------------	---	--	----	----

						au préalable.			
Diurétiques du tube distal, non thiazidiques									
Ciclétanine	TENSTASTEN®	oui	important	50 mg	Gélule	A avaler avec de l'eau. Ouverture possible de la gélule.		⚠	⚠
Indapamide	FLUDEX®	oui	important	2,5 mg	Cp. pelliculé	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer, ni sucer. <i>Ecrasement possible des comprimés. A administrer en suspension après broyage.</i>		⚠	⚠
Indapamide	FLUDEX®	oui	important	1,5 mg	Cp. pelliculé à libération prolongée	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer.		⚠	⚠

Spécialités de

■ Système cardiovasculaire	référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Diurétiques de l'anse									
Bumétanide	BURINEX®	non	important	1 mg 5 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ecrasement possible des comprimés. Administrer immédiatement après broyage (principe actif photosensible).</i>		⚠	⚠
Furosémide	LASILIX®	oui	important	10 mg/ml	Sol. buvable (fl. 60 ml)	A avaler pur à l'aide de la pipette doseuse. Possibilité de diluer dans un demi verre d'eau.	Tenir compte de la teneur en éthanol. Conservation : 6 semaines après ouverture.	⚠	⚠
Furosémide	LASILIX FAIBLE® LASILIX® LASILIX SPECIAL®	oui	important	20 mg 40 mg 500 mg	Comprimé Cp. sécable Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés. Administrer immédiatement après broyage (principe actif photosensible).</i>	Si impossibilité d'avalier, préférer la solution buvable.	⚠	⚠

Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Furosémide	LASILIX RETARD®	oui	important	60 mg	Gélule à libération prolongée (microgranules)	A avaler avec de l'eau. A administrer à jeun. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ouverture possible des gélules. Ne pas écraser le contenu.</i>		⚠	⚠
Diurétiques épargneurs potassiques									
Spironolactone^B	ALDACTONE®	oui	important / insuffisant	25 mg 50 mg 75 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés. Goût très désagréable, mettre en suspension dans un liquide.</i>	Inapproprié selon la liste de Beers 2012 à une dose > à 25 mg/j. Dans l'IC, risque d'hyperkaliémie augmenté chez le sujet âgé notamment en cas de dose > à 25 mg/j ou association à un AINS, un IEC, un ARA II, une supplémentation en potassium. A éviter en cas d'IC ou de clairance de la créatinine < 30 ml/min.	⚠	⚠

Diurétiques et épargneurs potassiques en association

Spironolactone + altizide	ALDACTAZINE®	oui	important	25 mg + 15 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. A <i>administrer au cours ou en</i> <i>fin de repas.</i>		⚠	⚠
---	--------------	-----	-----------	---------------------	-------------	--	--	---	---

 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
---	--	-----------	-----	---------	-------------------	----------------------------	------------------------------------	----	----

Vasculoprotecteurs

Médicaments pour traitement des hémorroïdes

Oxyde de zinc + dioxyde de titane + carraghénate	TITANOREINE®	non	insuffisant	2 g/100 g + 2 g/100 g + 2,50 g/100 g	Crème rectale (tb. 40 g)	A administrer par voie rectale.			
Oxyde de zinc + dioxyde de titane + carraghénate	TITANOREINE®	non	insuffisant	0,40 g + 0,20 g + 0,30 g	Suppositoire	A administrer par voie rectale.			

Oxyde de zinc + dioxyde de titane + carraghénate + lidocaïne	TITANOREINE® à la lidocaïne	non	insuffisant	2 g/100 g + 2 g/100 g + 2,50 g/100 g + 2 g/100 g	Crème rectale (tb. 20 g)	A administrer par voie rectale.			
--	--------------------------------	-----	-------------	--	-----------------------------	---------------------------------	--	--	--

Bétabloquants

Bétabloquants non cardiosélectifs

Propranolol	AVLOCARDYL®	oui	important	40 mg	Cp. quadrisécable	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i> <i>A administrer pendant les repas.</i>		⚠	⚠
-------------	-------------	-----	-----------	-------	-------------------	---	--	---	---

 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
---	--	-----------	-----	---------	-------------------	----------------------------	---------------------------------	----	----

Propranolol	AVLOCARDYL®	oui	important	160 mg	Gélule à libération prolongée (microgranules)	A avaler avec de l'eau. Ne pas ouvrir la gélule. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ouverture possible de la gélule. Ne pas écraser le contenu.</i>		⚠	⚠
Sotalol ^{B,P}	SOTALEX®	oui	important	80 mg 160 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i>	Inapproprié selon la liste de Beers et Priscus : bétabloquant avec des effets antiarythmiques. Eviter en 1ère ligne pour le traitement d'une fibrillation atriale. Autres alternatives disponibles : bétabloquants cardiosélectifs (ex: bisoprolol, métoprolol, carvedilol), amiodarone. Surveillance des fonctions cardiovasculaire, pulmonaire et ajustement à la fonction rénale. Il est recommandé de commencer à la demi-dose	⚠	

							de la dose usuelle et d'augmenter progressivement.		
Bétabloquants cardioselectifs									
Acébutolol	SECTRAL®	oui	important	200 mg 400 mg	Cp. pelliculé	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer.	Si impossibilité d'avalier, préférer la solution buvable.	⚠	

	Spécialités de								
--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

■ Système cardiovasculaire	référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Acébutolol	SECTRAL®	non	important	500 mg	Cp. pelliculé à libération prolongée	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer.	Si impossibilité d'avaler, préférer la solution buvable.	<u>!</u>	
Acébutolol	SECTRAL®	non	important	40 mg/ml	Sol. buvable (fl. 125 ml)	A administrer par voie orale. Utiliser la seringue doseuse.	Tenir compte de la teneur en éthanol.	<u>!</u>	
Aténolol	TENORMINE®	oui	important	50 mg 100 mg	Cp. pelliculé sécable	A avaler avec de l'eau. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i>		<u>!</u>	<u>!</u>
Bisoprolol	CARDENSIEL®	oui	important	1,25 mg 2,5 mg 3,75 mg 5 mg 7,5 mg	Cp. pelliculé sécable (sauf le 1,25 mg)	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ecrasement possible des comprimés. Goût amer. A administrer immédiatement après broyage.</i>		<u>!</u>	<u>!</u>

Bisoprolol	CARDENSIEL® DETENSIEL®	oui	important	10 mg	Cp. pelliculé sécable	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer. <i>Ecrasement possible des comprimés. Goût amer. A administrer immédiatement après broyage.</i>		⚠	⚠
-------------------	---------------------------	-----	-----------	-------	-----------------------	---	--	---	---

 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
	Dénomination commerciale								
Céliprolol	CELECTOL®	oui	important	200 mg	Cp. pelliculé	A avaler avec de l'eau. A administrer à jeun.		⚠	⚠
Métoprolol	SELOKEN® LOPRESSOR®	oui	important	100 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. A administrer au cours d'un repas. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i>			⚠

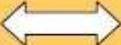
Métoprolol	SELOKEN® LOPRESSOR®	non	important	200 mg	Cp. pelliculé à libération prolongée	A avaler avec de l'eau. Ne pas écraser, ne pas croquer. A administrer au cours d'un repas.	Si impossibilité d'avaler, préférer la forme comprimé écrasable.		/!
Nébivolol	TEMERIT® NEBILOX®	oui	important	5 mg	Cp. quadrisécable	A avaler avec de l'eau. A administrer à heure fixe. <i>Ecrasement possible des comprimés.</i>		/!	/!

 Système cardiovasculaire	Spécialités de référence Dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
Alpha et bêtabloquant 									
Carvédilol	KREDEX®	oui	important	6,25 mg 12,5 mg 25 mg	Cp. sécable	A avaler avec de l'eau. A administrer à heure fixe au cours d'un repas.		/!	/!

ANNEXE III : Axe 2 extraits de la présentation de la démarche d'évaluation interne de l'ANESM¹⁷



Synthèse de l'axe 2 sur la prévention des risques liés à la santé

Cadre évaluatif (phase 1)	 Analyse des écarts (phase 3)	Recueil d'information (phase 2)
<p><i>Les objectifs sont :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépister systématiquement la douleur ▪ Soulager la douleur ▪ prévenir les chutes ▪ prévenir les conséquences des chutes ▪ prendre en charge les conséquences des chutes ▪ prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour ▪ prendre en charge les résidents porteurs d'escarres ▪ prévenir la dénutrition des résidents ▪ dépister les résidents dénutris ▪ prendre en charge les résidents dénutris ▪ améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés ▪ améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement ▪ identifier et analyser le risque infectieux ▪ gérer le risque infectieux ▪ informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque ▪ organiser la continuité des soins au sein de l'établissement ▪ développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité 		<p><i>Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment l'établissement s'organise pour prévenir, dépister et prendre en charge la douleur ? les risques de chute ? les escarres ? la dénutrition ? la dépression ? la médication des résidents ayant des troubles du comportement ? les risques infectieux ? - Comment l'établissement s'organise pour agencer la continuité des soins ? développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité ? - Quand ces actions sont mises en place ? - Par qui et avec qui sont-elles mises en place ? - .../...
<p><i>Quels sont les modes d'organisation et les actions prévus pour atteindre les objectifs définis à partir, entre autres, des recommandations ?</i></p> <p><i>Quels sont les effets attendus pour les usagers ?</i></p>		<p><i>Synthèse du questionnement pour observer les pratiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir, dépister et prendre en charge la douleur ? les risques de chute ? les escarres ? la dénutrition ? la dépression ? la médication des résidents ayant des troubles du comportement ? les risques infectieux ? - quelles sont les pratiques réellement mises en place pour agencer la continuité des soins ? développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité ? - Combien de fois ces pratiques ont été mises en place ? - .../...
	<p><i>Synthèse du questionnement pour constater les effets pour les usagers :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le nombre de résidents satisfaits de la qualité des repas ? - Combien de résidents faisant des chutes répétées (plus de deux dans l'année) ont eu une consultation spécialisée ? - Quel est le nombre de nouveaux cas d'escarres apparus dans l'année et dans l'Ehpad ? - Quel est le nombre de résidents non ou mal soulagés au jour de l'évaluation ? - .../... 	

¹⁷ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_evaluation_interne.pdf

Pharmacien Inspecteur de santé publique

Promotion 2015

Leviers et freins à la mise en œuvre d'une liste préférentielle de médicaments en EHPAD

Résumé :

La iatrogénie médicamenteuse touche particulièrement le sujet âgé en raison de ses poly pathologies liées au vieillissement de l'organise et des nombreux traitements médicamenteux pris. La liste préférentielle permet de limiter certains accidents iatrogéniques, mais trouve également sa pertinence d'un point de vue médico-économique. Elle favorise les échanges pluri professionnels au profit des résidents. Elle contribue à une bonne coordination des différents professionnels de santé et promeut des pratiques homogènes et adaptées aux résidents des EHPAD.

En pratique la liste est très peu mise en œuvre par les EHPAD car elle est complexe à élaborer et à actualiser. La moitié des ARS/OMEDIT ont élaboré des listes ou des méthodologies qu'elles mettent à la disposition des EHPAD. Des leviers existent pour en améliorer la mise en place dans ces établissements et envisager peut être un jour une extension à l'ensemble des personnes âgées afin qu'elles puissent bénéficier d'une meilleure sécurisation de leur prise en charge médicamenteuse quel que soit leur lieu de vie et de soins.

Mots clés :

Liste préférentielle de médicaments, iatrogénie, personne âgée, ARS, OMEDIT, EHPAD, médecin coordonnateur.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.