

The logo for Omedit, featuring the word "omedit" in a bold, dark blue sans-serif font. The letter "i" is replaced by a stylized green and white capsule.

omedit

PAYS DE LA LOIRE 

A collection of various blue and white capsules and pills scattered across the bottom half of the page. Some are in a white bowl on the left, while others are scattered on the surface. The background is a light blue gradient.

GUIDE
MÉTHODOLOGIQUE
POUR LA CRÉATION D'UNE
LISTE PRÉFÉRENTIELLE
DE MÉDICAMENTS
EN EHPAD

Juin 2014

Commission Sécurisation du
Circuit du Médicament en EHPAD
de l'OMEDIT Pays de la Loire

S O M M A I R E

Préambule	4
Qu'est-ce qu'une LPM ?	
Pourquoi constituer une LPM ?	
Pour qui constituer une LPM ?	
Obligations réglementaires	
Comment constituer une LPM ?	6
Constitution du groupe de travail	
Recommandations	
Critères de sélection	
Choix de la trame	
Mise en forme de la LPM	
Format et diffusion	
Mesure de l'impact	
Les informations essentielles	
Les informations utiles	
Médicaments et personnes âgées : les incontournables	9
Annexes	13
Base de données utiles	
Classes ATC	
Médicaments anticholinergiques	
Exemples de LPM	
Références bibliographiques	14
Remerciements	15

PRÉAMBULE

La commission Sécurisation du Circuit du Médicament, groupe EHPAD, de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT Pays de la Loire) vous propose un guide méthodologique pour vous aider à l'élaboration d'une Liste Préférentielle de Médicaments à utiliser (LPM) au sein de votre établissement.

Ce guide comporte trois éléments :

- ❖ Un rappel des objectifs de l'élaboration et de l'utilisation d'une LPM en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- ❖ Une méthode pour vous aider à la réalisation de votre LPM avec notamment des exemples de trames, des outils de mise en forme, etc... ;
- ❖ Quelques informations incontournables concernant le médicament chez la personne âgée (PA), issues de la littérature.

L'ensemble de ce guide est consultable sur notre site www.omedit-paysdelaloire.fr, rubrique « personne âgée », « circuit du médicament en EHPAD ».

Remarque : les icônes proposées dans ce guide sont téléchargeables et en accès libre si vous souhaitez les intégrer à votre LPM.

Lien vers les
icônes

QU'EST-CE QU'UNE LPM ?

La Liste Préférentielle de Médicaments est une liste de médicaments à utiliser en priorité au sein de votre établissement car :

- ❖ Ils répondent à vos besoins en termes de pathologies à traiter ;
- ❖ Leurs caractéristiques sont connues et adaptées à la personne âgée résidant en EHPAD ;

Elle n'est ni exhaustive, ni opposable.

POURQUOI CONSTITUER UNE LPM ?

Qualité et sécurité de la prescription médicamenteuse/réduction du risque iatrogénique

Cette liste assure l'utilisation de médicaments adaptés aux personnes âgées pour lesquels une **réflexion bénéfique/risque** a pu être partagée entre différents professionnels.

Cette liste permet d'attirer l'attention des professionnels sur des **adaptations de posologie nécessaires** selon le contexte clinique des résidents (insuffisance rénale, insuffisance hépatique...).

Elle peut également préciser la **surveillance** à réaliser après l'administration des médicaments.

L'élaboration d'une Liste Préférentielle de Médicaments adaptée aux Personnes Agées en EHPAD s'inscrit donc dans une démarche de **réduction du risque iatrogénique**.

Qualité et sécurité de l'administration des médicaments/sécurisation de l'administration

Une Liste Préférentielle de Médicaments est aussi un outil de sécurisation et de bonnes pratiques pour l'administration des médicaments, avec des informations mises à disposition de tout le personnel participant à l'administration, concernant :

- ❖ **Les modalités de préparation** pour une meilleure sécurité du résident et du personnel :
 - Choix de formes galéniques adaptées à la personne âgée ou à défaut, informations quant à la possibilité d'écrasement des comprimés, d'ouverture des gélules.
 - Eventuelles précautions lors de la manipulation par le personnel.
- ❖ **Les modalités d'administration** pour une efficacité optimale :
 - Moments de prise (à distance d'autres médicaments, en dehors ou pendant les repas etc.)
 - Autres particularités de prise (dilution, position du résident, etc.)

Pratique pluridisciplinaire, garante de qualité

Enfin la réalisation d'une liste est aussi une occasion pour que les professionnels de santé, médecins traitants, médecins coordonnateurs, infirmiers, pharmaciens se retrouvent autour du thème « médicament » et qu'ensemble ils conviennent de règles de bonnes pratiques afin d'améliorer et d'harmoniser la prise en charge médicamenteuse des résidents au sein de l'établissement.

POUR QUI CONSTITUER UNE LPM ?

Chaque acteur du circuit du médicament a un intérêt à la réalisation et à l'utilisation d'une liste préférentielle de médicaments :

- ❖ **Le médecin traitant** : la LPM lui permet d'élaborer une prescription adaptée à la personne âgée (intérêt gériatrique, formes galéniques adaptées) et par le biais d'une meilleure connaissance des médicaments à administrer par le personnel en charge de l'administration, la LPM va permettre une sécurisation de la prescription au sein de l'EHPAD ;
- ❖ **Le personnel en charge de l'administration** (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de vie,...) : la LPM permet une meilleure connaissance des médicaments prescrits à administrer ;
- ❖ **Le médecin coordonnateur** : la LPM est une aide à l'harmonisation et à l'évolution des pratiques ;
- ❖ **La direction** : la LPM aide à la maîtrise et à l'optimisation des coûts (directs et indirects, notamment liés à la iatrogénie médicamenteuse).
- ❖ **Le pharmacien** : la LPM concourt à la sécurisation du circuit du médicament (diminution du risque iatrogène, traçabilité optimisée, choix des formes galéniques adaptées) et permet d'optimiser l'approvisionnement.

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

Article D.312-158, 6° du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), concernant le rôle du médecin coordonnateur :

« Le médecin coordonnateur élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L.5126-6 du CSP. »

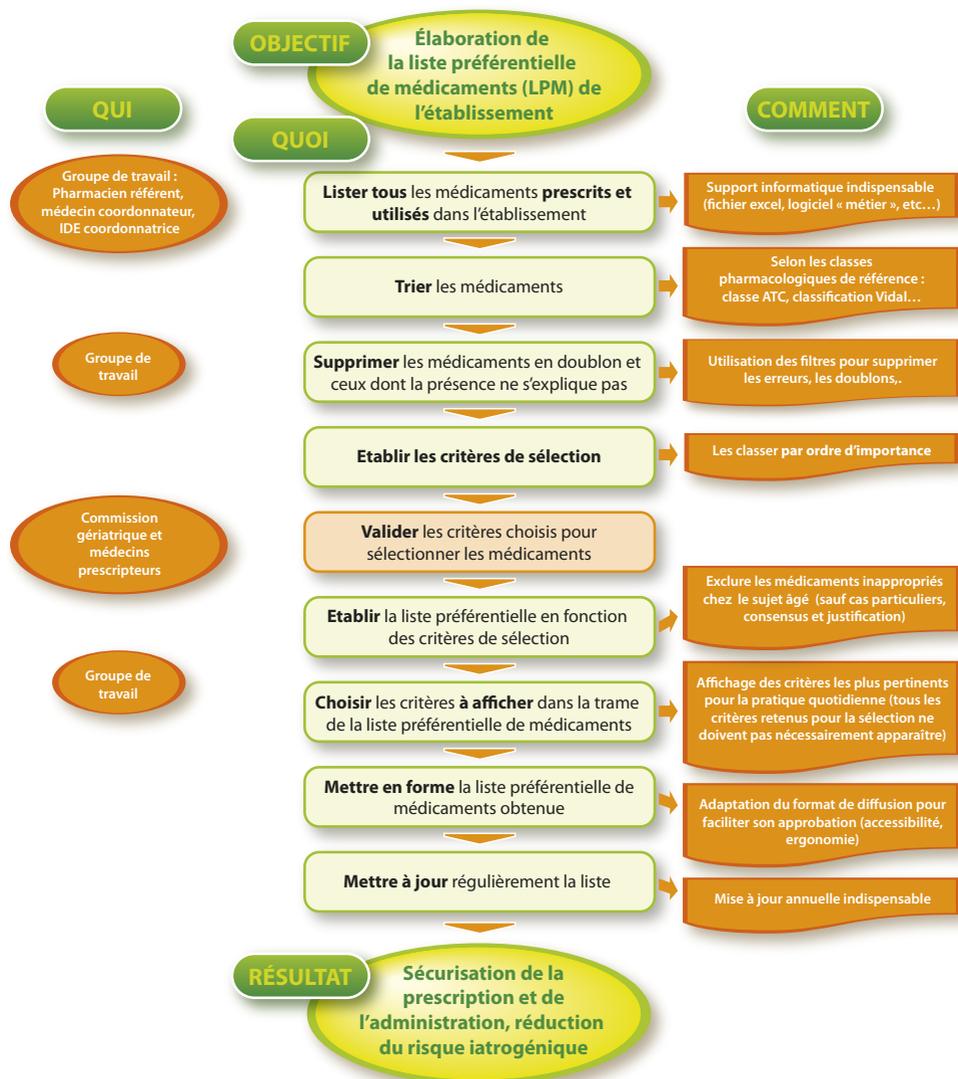
Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique article 2.2° :

« La commission de coordination gériatrique est consultée sur : [...] 2° La politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative aux dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. »

COMMENT CONSTITUER UNE LPM ?

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL :

Conformément à l'article D312-158 du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011, le groupe de travail doit intégrer le médecin coordonnateur, le pharmacien chargé de l'approvisionnement en médicaments (Pharmacie à Usage Intérieur ou officine) et sa composition doit être soumise à l'approbation de la commission de coordination gériatrique. Bien sûr, il est indispensable que le groupe de travail intègre des infirmier(e)s référents et autant que possible des médecins traitants amenés à travailler régulièrement dans l'EHPAD.



RECOMMANDATIONS

Critères de sélection

Les critères de sélection sont choisis par le groupe de travail et validés en commission gériatrique :

Critères spécifiques à la personne âgée : intérêt gériatrique, pharmacocinétique chez la personne âgée/ nombre de prises par jour, adaptation chez l'insuffisant rénal/hépatique, effets indésirables, surveillance particulière chez la personne âgée, équivalences thérapeutiques, risque d'interaction médicamenteuse,...

Critères concernant l'administration : différentes formes galéniques/adaptées à la personne âgée ou non, possibilité d'écrasement des comprimés/d'ouverture des gélules, modalités d'administration, de conservation, excipients à effets notoires, ...

Critères « administratifs » : Coût, générique/spécialité princeps, Service Médical Rendu (SMR) (remboursement), Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR),...

Choix de la trame

Plusieurs modèles de trames existent, en voici quelques-uns qui peuvent être adaptés aux besoins de chaque EHPAD.

Ex 1 :

Dénomination commune internationale	Dénomination commerciale	SMR ASMR	Forme	Intérêt gériatrique	Posologie Heures de prise	Contre-indications	Voies métaboliques Adaptation posologique
-------------------------------------	--------------------------	-------------	-------	---------------------	------------------------------	--------------------	--

Ex 2 :

Spécialités de référence, dénomination commerciale	Générique	SMR	Dosages	Formes galéniques	Modalités d'administration	Sélection d'informations utiles	IR	IH
--	-----------	-----	---------	-------------------	----------------------------	---------------------------------	----	----

Ex 3 :

Dénomination commune internationale	Nom commercial, dosage, forme, voie d'administration	Posologie	Adaptation posologique	Contre-indications	Ecrasement cp, ouverture gélules et alternatives	Commentaires
-------------------------------------	--	-----------	------------------------	--------------------	--	--------------

Ex 4 :

Classe pharmacologique	Nom, spécialité, DCI, dosage	Modalités de préparation (écrasement comprimé, ouverture gélule)	Modalités d'administration	Alternative galénique	Remarques et posologie standard chez le sujet âgé	Adaptation à la fonction rénale
------------------------	------------------------------	--	----------------------------	-----------------------	---	---------------------------------

Remarque :

Les critères retenus pour le choix des médicaments de la liste préférentielle ne doivent pas nécessairement tous apparaître dans la trame, c'est à dire le document final (ex : coût, SMR, ASMR, ...).

Mise en forme de la LPM

Quelques précautions doivent être prises pour rendre la LPM la plus lisible possible et faciliter sa prise en main par les professionnels.

- ✓ Soigner la présentation (lisibilité, format des pages).
- ✓ Favoriser des représentations visuelles (logos, icônes) plutôt que du texte. Vous pouvez par exemple utiliser ces icônes pour illustrer les modalités de préparation et d'administration :



- ✓ Idéalement, classer les médicaments par classes pharmacologiques (classe ATC). Si besoin, faire apparaître des sous-classes.
- ✓ Si possible, proposer également un index alphabétique par Dénomination Commune Internationale (DCI) et par spécialité.
- ✓ Utiliser de la couleur voire des codes couleurs (par classe, par possibilité d'écrasement des comprimés,...).

Format et diffusion

Le format de diffusion sera fonction de l'organisation interne (fichier excel, document papier, base de données sur intranet, lien avec logiciel « métier »...) mais dans tous les cas, la LPM devra être **mise à disposition de tous les professionnels** intervenant au sein de l'EHPAD.

Mesure de l'impact de la mise en place d'une LPM

Il est important d'évaluer l'impact de la LPM lors de sa mise en place, et de le réévaluer après quelques temps :

Exemples d'indicateurs de suivi : nombre de lignes de prescriptions hors LPM/nombre total de lignes de prescriptions.

Enquêtes auprès des médecins traitants, des soignants : connaissance de la LPM, satisfaction vis-à-vis de cet outil, ...

LES INFORMATIONS ESSENTIELLES (devant apparaître dans la trame)

- ✓ DCI et éventuels noms de spécialités
- ✓ Dosage
- ✓ Forme pharmaceutique retenue
- ✓ Voie d'administration
- ✓ Modalités de préparation et d'administration : à jeûn, à dissoudre dans l'eau, forme orodispersible, ne pas s'allonger après la prise etc.
- ✓ Possibilité ou non d'écraser les comprimés, d'ouvrir les gélules (cf. liste réalisée par d'autres structures, le tout disponible sur le site de l'OMEDIT Pays de la Loire)

LES INFORMATIONS UTILES (à faire apparaître selon les besoins de l'EHPAD)

- ✓ Existence d'un générique ou non
- ✓ SMR ou ASMR
- ✓ Surveillance particulière
- ✓ Conduite à tenir en cas d'insuffisance rénale ou hépatique
- ✓ Moments de prise
- ✓ Durée de conservation pour les flacons multi-doses
- ✓ Teneurs significatives en excipients à effets notoires : sucre, sodium, alcool
- ✓ Interactions médicamenteuses, contre-indications ciblées (avec les AVK par exemple)
- ✓ Pour les médicaments considérés comme inappropriés chez la personne âgée : justification, surveillance particulière
- ✓ Posologies maximales, usuelles chez la personne âgée
- ✓ Effets indésirables et surveillance particulière
- ✓ Conseils éventuels au résident...

MÉDICAMENTS ET PERSONNES AGÉES : LES INCONTOURNABLES

REMARQUE IMPORTANTE : ce chapitre est issu de l'analyse de la littérature (cf. références bibliographiques en annexe) concernant les médicaments potentiellement inappropriés et les médicaments recommandés chez la personne âgée. Une mise à jour de ces données a été réalisée par le groupe de travail de la commission Sécurisation du Circuit du Médicament en EHPAD, selon les recommandations actuelles. L'objectif est de fournir une base à votre réflexion sur la pertinence de l'utilisation de ces médicaments chez la Personne Agée lors de l'élaboration de votre liste préférentielle de médicaments. Ces informations ne sont donc pas opposables et ne prétendent pas à l'exhaustivité.

Abréviations utilisées :

AINS : *Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien*

ANSM : *Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé*

AVK : *Anti-Vitamine K*

BPCO : *Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive*

BZD : *Benzodiazépines*

CI : *Contre-Indication*

EI : *Effet Indésirable*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

HTA : *Hypertension Artérielle*

IEC : *Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion*

IH : *Insuffisance Hépatique*

INR : *International Normalized Ratio*

IPP : *Inhibiteur de la Pompe à Protons*

IR : *Insuffisance Rénale*

IRS/IRNA : *Inhibiteur sélectif de Recapture de la Sérotonine/et de la Noradrénaline*

LP : *Libération Prolongée*

MPI : *Médicaments Potentiellement Inappropriés chez le sujet âgé (à éviter)*

NFS : *Numération de Formule Sanguine*

START : *Propositions de prescriptions adaptées à la personne âgée (à favoriser)*

Par classe ATC :

A- Voies digestives et métabolismes

MPI :

- **Cimétidine** : responsable de confusion et de plus d'interactions médicamenteuses que les autres anti-H2. *L'utilisation d'IPP voire des autres anti-H2 est préférable.*
- **Lopéramide** : lors de diarrhées d'origine infectieuse (risque d'aggravation) ou au long cours (risque d'occlusion). *Préférer le racécadotril, antisécrétoire qui ne ralentit pas le transit.*
- **Métoclopramide** : chez les patients parkinsoniens (risque d'aggravation).
*Utilisation de la **dompéridone** : l'instauration du traitement se fera pour une durée de traitement la plus courte possible, en respectant la dose maximale journalière (30mg/jour) et en respectant les contre-indications ou interactions médicamenteuses notamment avec les médicaments allongeant l'espace QT. Le choix d'un anti-émétique se fera en tenant compte des dernières recommandations des autorités de santé (HAS, ANSM).*
- **Laxatifs stimulants** : augmentation de l'irritation colique. *Privilégier les laxatifs osmotiques.*
 - En cas de constipation chronique, éviter les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques* car ils augmentent le risque d'occlusion intestinale.
- **Antispasmodiques** ayant des propriétés anticholinergiques* : risques liés à ces effets.
- **IPP au long cours** : risques de carence en vitamine B12 ou en fer, risque de pneumopathie, de colite à clostridium, d'ostéoporose/fracture.
- **Sulfamides hypoglycémiantes** : risque d'hypoglycémies prolongées. *Préférer les sulfamides hypoglycémiantes à 1/2 vie courte ou intermédiaire (contre-indication en cas d'insuffisance rénale sévère et à éviter chez le sujet âgé fragile).*
- **Bétabloquants** chez les patients diabétiques : les signes d'hypoglycémie peuvent être masqués.

START :

- **IPP au long cours** en présence d'une indication indiscutable.
- Supplémentation en fibres en présence d'une diverticulose colique avec constipation.
- **Metformine en présence d'un diabète de type 2 et en l'absence de contre-indications (IR).**
- **IEC ou sartans** en présence d'une néphropathie diabétique (sans les associer).
- **Antiagrégants plaquettaires et statines** en présence d'un diabète associé à au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire majeur (HTA, hypercholestérolémie, tabagisme).

B- Sang et organes hématopoïétiques

MPI :

- **Ticlopidine** : effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères. *Préférer l'utilisation de clopidogrel ou d'aspirine.*
- **Dipyridamole** : moins efficace que l'Aspirine et à l'origine d'hypotension orthostatique.
- Adapter les modalités de prescription d'aspirine en cas d'antécédents d'ulcère digestif (dose faible, IPP éventuellement).
- **HBP à dose curative et anticoagulants oraux directs** sont contre-indiqués si la clairance rénale est inférieure 30 mL/min (15mL/min pour le rivaroxaban et l'apixaban). *Rappel : la fonction rénale doit être estimée avec la formule de Cockcroft & Gault.*
- **Fondaparinux** : à utiliser avec grande prudence chez la personne âgée au-delà de 75 ans (1/2 vie longue et élimination rénale).

START :

- **AVK à demi-vie longue (warfarine, fluindione)** dans la fibrillation auriculaire permanente (avec contrôle de l'INR devant tout épisode aigu, sous antibiotiques,...).
- **Aspirine** ou clopidogrel en cas d'athérosclérose documentée.

* Voir chapitre «médicaments anticholinergiques page 14

C- Système cardiovasculaire

MPI :

- **Digoxine** : sensibilité accrue à l'action de la digoxine chez les personnes âgées ; une concentration plasmatique > 1,2 ng/mL est considérée comme inappropriée. La dose maximale recommandée est de 0,125 mg/j pour minimiser le risque d'effet indésirable. Devant tout trouble digestif, bradycardie ou vision colorée en jaune, envisager un surdosage.
- **Disopyramide** : risque d'insuffisance cardiaque et d'effets anticholinergiques* ;
- **Antihypertenseurs à action centrale** (clonidine, méthyl dopa) : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope.
- **Inhibiteurs calciques à libération immédiate** : hypotension, accident coronaire ou cérébral. *Préférer la nicardipine en forme LP.*
- **Résérpine** : somnolence, syndrome dépressif, troubles digestifs.
- **Alpha-bloquants à visée cardiologique** : incontinence urinaire, hypotension orthostatique, surtout si associés aux alpha-bloquants à visée urologique.
- **Diurétiques de l'anse** dans l'HTA essentielle ou pour le traitement des œdèmes des membres inférieurs causés par l'insuffisance veineuse (*préférer la contention veineuse*).
- **Diurétiques thiazidiques** chez les patients atteints de goutte (risque de crise de goutte).
- **Diurétiques thiazidiques** associés aux épargneurs potassiques : augmentation du risque d'hyponatrémie chez les patients les plus fragiles : attention aux associations de médicaments hyponatrémiants (+ IEC/sartans, + IRS/IRSNa...)
- **Bétabloquants non cardio-sélectifs** (propranolol, sotalol, carvédilol...) chez les patients asthmatiques ou atteints de BPCO (risque de bronchospasme).
 - Association bétabloquant et vérapamil (risque augmenté de bloc de conduction).

START :

- **Statines** en présence d'une coronaropathie, d'une atteinte cérébro-vasculaire et/ou d'une artériopathie périphérique chez un patient ayant une espérance de vie > 5 ans, avec un LDL-cholestérol supérieur à 1g/dL.
- **IEC** en post-infarctus du myocarde ou en présence d'une insuffisance cardiaque systolique.
- Inhibiteurs du système rénine-angiotensine (IEC, sartans) ou inhibiteur calcique de la famille des dihydropyridines (amlodipine...) en présence d'une HTA.
- **Bétabloquants** en présence d'un angor stable.
- **Amiodarone** : en général préférable aux autres anti-arythmiques.

G- Système génito-urinaire et hormones sexuelles

MPI :

- Médicaments à propriétés anticholinergiques* en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate ou de rétention urinaire chronique : augmentation du risque de rétention urinaire aiguë.
- **Alpha-bloquants** à visée cardiologique en cas d'incontinence urinaire : aggravation de l'incontinence et hypotension orthostatique.
- **Antimuscariniques** en traitement de l'hyperactivité vésicale (oxybutynine, solifénacine...) : propriétés anticholinergiques*, à éviter en cas de syndrome démentiel (risque de confusion, de rétention urinaire), de glaucome chronique (risque de poussée aiguë) ou de constipation chronique (aggravation).

J- Anti-infectieux

MPI :

- **Nitrofurantoïne** dans le traitement de l'infection urinaire non compliquée : risque d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. *Préférer un autre antibiotique à élimination rénale et adapté à l'antibiogramme ou réserver la nitrofurantoïne à un usage ponctuel dans les cas où aucun autre antibiotique oral ne peut être utilisé.*

* Voir chapitre «médicaments anticholinergiques page 14

Précautions d'emploi :

- **Fluoroquinolones** : risque de tendinopathie achilléenne et de confusion , adaptation de la dose à la fonction rénale.
- **Anti-infectieux et AVK** : interactions fréquentes, surveillance rapprochée de l'INR nécessaire.

M- Système musculo-squelettique

MPI :

- **AINS** à éviter chez la personne âgée en institution : prescription courte et exceptionnelle, associée à un IPP et à une surveillance de la fonction rénale.
 - **Indométacine** particulièrement inadaptée (effets neuropsychiques et néphrotoxiques).
 - Association AINS et AVK (risque de saignement gastro-intestinal). *Néanmoins, l'association Kardégic® + anticoagulant est acceptable si elle est médicalement justifiée.*
- **AINS ou colchicine** en traitement de fond de la goutte : préférer l'allopurinol adapté à la fonction rénale.
- Relaxants musculaires sans effet anticholinergique (**méphénésine**) : somnolence et risque de chute.

START :

- **Biphosphonates** en prise hebdomadaire, en cas d'ostéoporose avec supplémentation en vitamine D et bilan dentaire préalable. *Voie intraveineuse possible pour les biphosphonates en cas d'ATCD de pathologie œsogastrique ou difficultés d'observance.*
- **Calcium** (maximum 500 mg/j) uniquement lorsque les apports alimentaires ne peuvent pas être augmentés (inférieurs à 800mg/jour).

N- Système nerveux

MPI :

- **BZD à longue demi-vie** : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...) chez la personne âgée. *Préférer l'utilisation de BZD ou apparentés à demi-vie courte (alprazolam/oxazépam, zopiclone) et posologie maximale recommandée égale à la moitié de celle de l'adulte jeune.*
- **Antidépresseurs imipraminiques** : effets anticholinergiques* (confusion, constipation, rétention urinaire, glaucome). *Préférer l'utilisation des IRS, des IRSNA et apparentés (miansérine, mirtazapine).*
 - Association escitalopram ou citalopram avec un médicament donnant des torsades de pointes (neuroleptiques, amiodarone, autres antiarythmiques...) contre-indiquée
- **Neuroleptiques** de la famille des **phénothiazines** (chlorpromazine, cyamémazine...) : diminution du seuil épiléptogène chez les épileptiques (risque de crises convulsives) et risques liés aux effets anticholinergiques*. *Préférer les neuroleptiques non phénothiazines ayant des effets anticholinergiques* moindres.*
- **Neuroleptiques** chez le sujet parkinsonien : augmentation des effets extrapyramidaux. *Clozapine recommandée dans certaines situations chez le parkinsonien (surveillance NFS)*
- Hypnotiques à propriétés anticholinergiques (**hydroxyzine**) : risque de confusion et effets négatifs sur la cognition. *Préférer les BZD à demi-vie courte.*
- Anticholinergiques en traitement des symptômes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques (**tropatépine, trihexyphénidyle**) : risque liés aux effets anticholinergiques*.
- **Antihistaminiques H1 de 1ère génération** (dexchlorphéniramine, alimémazine, méquitazine...): effets anticholinergiques*, somnolence, vertiges.
- **Néfopam** : antalgique doté d'effets anticholinergiques, déconseillé chez le sujet âgé (iléus, confusion, rétention urinaire ...)

Précautions d'emploi :

- Les Morphiniques augmentent le risque de constipation : prescrire conjointement des laxatifs.
- La codéine entraîne très souvent des nausées et vomissements.
- L'augmentation des posologies des antiépileptiques est à faire par paliers successifs.
- Les antipsychotiques dits « atypiques » peuvent majorer les troubles métaboliques et allonger l'espace QT : suivi glucido-lipidique et cardiologique recommandé.

* Voir chapitre «médicaments anticholinergiques page 14

START:

- **Lévodopa** dans la maladie de Parkinson avec retentissement fonctionnel et dépendance.
- **Traitement antidépresseur** en présence d'un syndrome dépressif modérée à sévère > 3 mois.

R- Système respiratoire

MPI:

- **Théophylline** en monothérapie dans la BPCO : effets indésirables notamment cardiaques majorés car marge thérapeutique étroite.
- **Corticoïdes systémiques** : *utiliser une forme inhalée en traitement de fond.*
- **Bromure d'ipratropium** en présence d'un glaucome (exacerbation du glaucome).

START:

- **β 2-mimétiques** inhalés dans l'asthme ou les BPCO légères à modérées.
- **Corticoïdes** inhalés dans l'asthme ou les BPCO modérées à sévères.
- **Oxygénothérapie** de longue durée en présence d'une insuffisance respiratoire chronique.

A N N E X E S

BASES DE DONNÉES UTILES

- ✓ Base de données de l'ANSM : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php> (avec notions de SMR/ASMR, possibilité de télécharger des bases de données)
- ✓ Base de données Banque Claude Bernard : <https://www.bcbdexther.fr/BcbDextherSite/> (inscription gratuite pour professionnels de santé)
- ✓ Vidal/Hoptimal (payant)
- ✓ Thériaque (inscription gratuite)
- ✓ Guide du bon usage du médicament en gériatrie, CHU de Nîmes (2014) : http://www.chu-nimes.fr/guide_du_bon_usage_du_medicament_en_geriatrie/guide.php

CLASSES ATC :

- A Système digestif et métabolisme
- B Sang et organes hématopoïétiques
- C Système cardio-vasculaire
- D Dermatologie
- G Système génito-urinaire et hormones sexuelles
- H Préparations systémiques hormonales, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines
- J Anti-infectieux (usage systémique)
- L Antinéoplasiques et agents immunomodulants
- M Système musculo-squelettique
- N Système nerveux
- P Produits antiparasitaires, insecticides et répellants
- Q Médicaments à usage vétérinaire
- R Système respiratoire
- S Organes sensoriels
- V Divers

MEDICAMENTS ANTICHOLINERGIQUES

Pour rappel, les **principaux effets anticholinergiques** sont les suivants :

Confusion, rétention urinaire, sécheresse buccale/oculaire, épaissement des sécrétions bronchiques, troubles de l'accommodation (mydriase), tachycardie, palpitations, constipation, excitabilité/irritabilité.

Vous trouverez ci-dessous une liste **non exhaustive** de médicaments ayant un fort potentiel anticholinergique, notamment avec un risque confusio-gène élevé :

- Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline/Laroxyl®/Elavil®, clomipramine/Anafranil®, imipramine/Tofranil®)
- Amantadine (Mantadix®)
- Phénothiazines (chlorpromazine/Largactil®, cyamémazine/Tercian®, alimémazine/Théralène®)
- Clozapine (Leponex®)
- Hydroxyzine (Atarax®)
- Oxybutynine (Driptane®, Ditropan®)
- Tiémonium (Colchimax®)
- Néfopam (Acupan®)

EXEMPLES DE LPM

- ❖ 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 10 mars 2014.
- ❖ OMEDIT Basse-Normandie : http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2194/5382.pdf, consulté le 10 mars 2014.
- ❖ Omedit Centre : accès au livret sous format pdf : http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique_OMeDIT-Centre_04-octobre-2012.pdf, consulté le 10 mars 2014.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANSM – Mise au point. Guide Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/iatrogenie_medicamenteuse.pdf, consulté le 20 mai 2014.
- 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 mars 2014.
- Fauchais, A. L., Ploquin, I., Ly, K., et al. Iatrogénie chez le sujet âgé de plus de 75 ans dans un service de posturgences. Etude prospective de cohorte avec suivi à six mois. La Revue de médecine interne. 2006 ; 27(5), 375-381.
- Hanon O, Assayag P, Belmin J, et al. Consensus d'experts de la Société Française de gériatrie et gérontologie et de la Société Française de cardiologie, sur la prise en charge de la fibrillation atriale du sujet âgé. Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement. 2013 ; 11(2) : 117-43.
- Haute Autorité de Santé – Evaluation et amélioration des pratiques : prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologique), 2006.

- Lang PO, Hasso Y, Belmin J, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Revue canadienne de santé publique. 2009 ; 100(6) : 426-31.
- Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne. 2009 ; 30(7):592-601.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé – La politique du médicament en EHPAD, rapport remis par Philippe Verger, décembre 2013.
- OMEDIT Basse-Normandie – Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, avril 2013.
- OMEDIT Centre - Prescription médicamenteuse chez la personne âgée : Liste ATC des médicaments proposés par la Commission Gériatrie de la région Centre, octobre 2012.
- OMEDIT Champagne-Ardenne : « Elaborer VOTRE liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée », août 2013 : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fi/leadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/qualite_performance/secteur_medicosocial/prev_chute_ehpad_2013/08/Methodo_elaboration_liste_preferentielle.pdf, consulté le 10 mars 2014.
- Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Archives of Internal Medicine. 2008 ; 10 ; 168(5) : 508-13.

REMERCIEMENTS

L'OMEDIT Pays de la Loire tient à remercier l'ensemble des membres de la commission « Sécurisation du Circuit du Médicament en EHPAD » pour leur précieuse participation à l'élaboration de ce guide :

Dr Marie-Anne Clerc, pharmacien CHU d'Angers (coordinatrice de la commission)

Dr Pierre-Jean Aragon, pharmacien, CH de Fontenay le Comte

Mr Pascal Barreau, technicien supérieur hospitalier, Hôpital les Collines Vendéennes – La Châtaigneraie

Dr Gemma Bazin, pharmacien, La-Chaize-Le-Vicomte

Dr Bénédicte Bernadac, pharmacien, GCS Pays de Retz

Dr Valérie Bérol, pharmacien, ARS Pays de la Loire

Pr Gilles Berrut, gériatre, CHU de Nantes

Mme Axelle Carton, ingénieur qualité, réseau Qualisauté

Dr Pascal Chevalet, gériatre, CHU de Nantes

Mme Claire Gilbert, infirmière coordinatrice, EHPAD Les Cordeliers - Cholet

Dr Catherine Guilbaud, pharmacien, Hôpital Saint Gilles Croix de Vié

Mme Fanny Jutier, interne en pharmacie, CHU de Nantes

Dr Sandrine Lafargue, médecin coordonnateur, EHPAD Mer et Pins - Saint-Brévin les Pins

Dr Aline Lepelletier, pharmacien, CHU de Nantes

Dr Philippe Leroux, médecin, réseau Qualisauté

Dr Frédéric Maraval, médecin coordonnateur, EHPAD Saint-Charles - Missillac

Dr Yunsan Meas, médecin coordonnateur, groupe Mutualité Retraite

Guide rédigé par
l'Unité de Coordination Régionale de l'OMEDIT :
**Dr Elise Rochais, Dr François Rondeau, Dr Sandra Ordroneau,
Dr Jean-Claude Maupetit**

Contact : **OMEDIT Pays de la Loire**
Pharmacie Centrale – Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 01
Tel : 02 40 84 60 17
Mail : omedit.pdl@chu-nantes.fr
Site web : www.omedit-paysdelaloire.fr