



Centre hospitalier universitaire vaudois

Détecter les effets secondaires médicamenteux en psychiatrie de l'âge avancé

Yves Froté

Infirmier clinicien spécialisé

Service universitaire de psychiatrie de l'âge

Avancée (SUPAA) - Journée soins CHUV - 24.01.2017



Plan

La problématique

La réponse

La mise en œuvre

Quelques enseignements



LA PROBLÉMATIQUE

Vignette (I)

Vous travaillez à l'**urgence** et un patient âgé de **81 ans** s'y présente. Il arrive au triage et vous lui demandez comment ça va? Quelle est la raison de sa visite? Il dit se sentir faible, avoir **moins d'énergie**, avoir un **moral plutôt bas**. Il résume en disant ne pas être comme d'habitude. Les **paramètres vitaux** sont tous **normaux**. Son attente à l'urgence va être longue, n'est-ce pas? Avec le vieillissement de la population, ce type de visite à l'urgence ira en augmentant.

Newsletter du Prof P. Voyer: profvoyer@gmail.com du 11.10.2016 « Urgence et médicament » basée sur Nickel et al. (2013)

Facebook www.facebook.com/ProfVoyer/ Web www.PhilippeVoyer.org Youtube www.youtube.com/playlist?list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJIPp72mu1qP

Vignette (II)

N = 633 patients âgés

Aux urgences pour des symptômes de faiblesse

Cause médicamenteuses dans 12% des cas

Diurétiques, antidépresseurs, benzodiazépines, anticonvulsivants

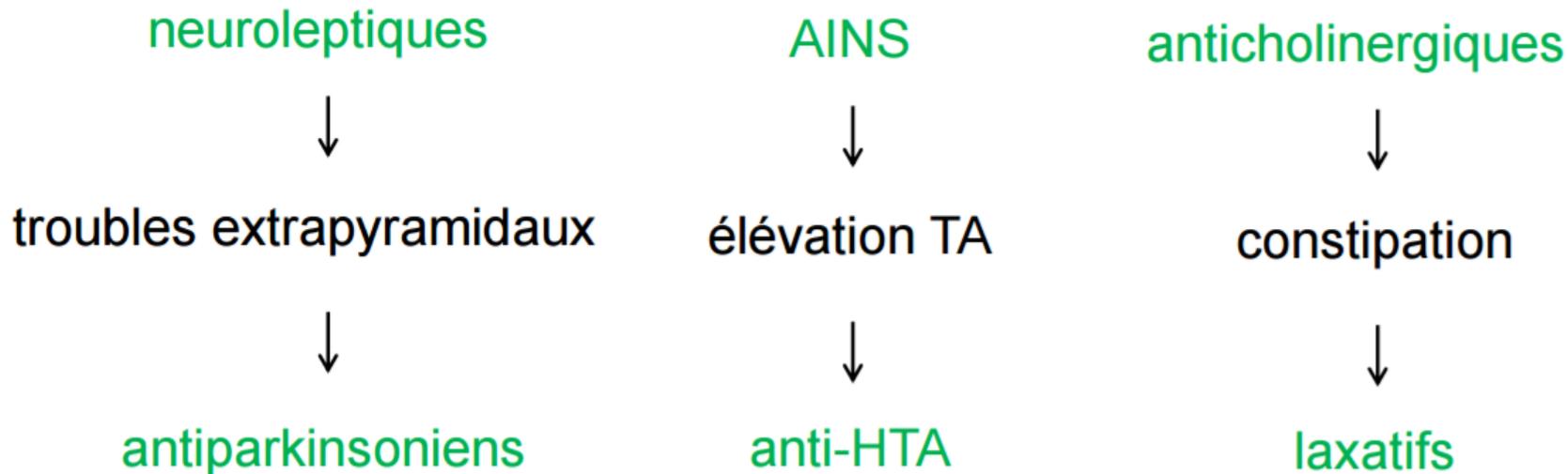
Cette cause n'est pas correctement identifiée dans 60% des cas

Les médicaments concernés ont conduit
à un état préoccupant dans 83% des cas

Newsletter du Prof P. Voyer: profvoyer@gmail.com du 11.10.2016 « Urgence et médicament » basée sur Nickel et al. (2013)

Facebook www.facebook.com/ProfVoyer/ Web www.PhilippeVoyer.org Youtube www.youtube.com/playlist?list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJIPp72mu1qP

Les cascades médicamenteuses



Copié de la présentation de la **Dre F. Livio Ndiaye**, pharmacologue clinique, avec son autorisation.

Slide 94, Séminaire "Sécurité de la médication", 12.09.2016, TRIBU: http://tribu.intranet.chuv/content-22.09.2016_11_44.pdf

Voir aussi: Rosenberg, Rochon, & Gill, 2014; Rochon & Gurwitz, 1997; Gill et al., 2005; Nguyen & Spinelli, 2016

Les patients

Les patients sous-estiment et
déclarent insuffisamment la présence
d'effets secondaires médicamenteux...



...sauf si on les questionne
spécifiquement à ce sujet:

2x plus d'effets secondaires sont détectés!

(cité par Nugent et al., 2015)

Les soignants

Le jugement clinique des professionnels
est insuffisant pour détecter
les problèmes *légers à modérés*



(Pinholt, et al., 1987)

Conséquence



trop peu pris en compte

**nécessiter des modifications du traitement
sont réversibles dans la plupart des cas**

Exemple: dyskinésies VS dyskinésies tardives

www.youtube.com/watch?v=t_NKRS8ILWA



LA RÉPONSE

D

Surveillance des Effets Secondaires
Monitoring Of Side Effects Scale (MOSES)

Date:

Les items en gras sont habituellement observables
Les autres sont signalés par le patient, l'équipe ou par des résultats

0=absent 1=Minimal (un peu)
3=Modéré (souvent) 4=Sévère (tout le temps)

Orailles/Yeux/tête

RAS

1. Claques

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

10. ...

11. ...

12. ...

13. ...

14. ...

15. ...

16. ...

17. ...

18. ...

19. ...

20. ...

21. ...

22. ...

23. ...

24. ...

25. ...

26. ...

27. ...

28. ...

29. ...

30. ...

31. ...

32. ...

33. ...

34. ...

35. ...

36. ...

37. ...

38. ...

39. ...

40. ...

41. ...

42. ...

43. ...

44. ...

45. ...

46. ...

47. ...

48. ...

49. ...

50. ...

51. ...

52. ...

53. ...

54. ...

55. ...

56. ...

57. ...

58. ...

59. ...

60. ...

61. ...

62. ...

63. ...

64. ...

65. ...

66. ...

67. ...

68. ...

69. ...

70. ...

71. ...

72. ...

73. ...

74. ...

75. ...

76. ...

77. ...

78. ...

79. ...

80. ...

81. ...

82. ...

83. ...

84. ...

85. ...

86. ...

87. ...

88. ...

89. ...

90. ...

91. ...

92. ...

93. ...

94. ...

95. ...

96. ...

97. ...

98. ...

99. ...

100. ...

Les 3 sous-échelles
items 6, 10, 23, 49, 67, 68, 73
items 5, 12, 35
items 1, 3, 4, 9, 31, 32, 34, 36 à 41

Anticholinergique
Dyskinésies
Symptômes extrapyramidaux

1. Oreilles, yeux, tête
2. Bouche
3. Nez, gorge, poitrine
4. Gastro-intestinal
5. Musculaire
6. ...

Gastrointestinal

0 1 2 3 4 NE

RAS

20. Douleur abdominale.....

4. Visage : Inexpressif/
Masque.....

19. Trouble de la déglutition..

- 64. Erection
continue/priapisme.....
- 65. Troubles de l'érection.....
- 66. Troubles de
l'éjaculation/Orgasme....

81. Hallucinations/illusions...

10. Xérostomie
(Bouche sèche)...

Deux unités d'hospitalisation

Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancée



50 lits

34 ID
15 ASSC
3 AS
6 EHASI

Extension du projet?

Que fait MOSES?

MOSES

Manifestations cliniques?

oui

non

Dépistage

VOTRE RAISONNEMENT CLINIQUE (+évtl instruments)

Effet secondaire médicamenteux?

oui

Incertain

non

Evaluation 2°

Chercher d'autres causes

↓
Veillesissement normal ou pathologique?
VS
Psychopathologie?

Evaluation



MOSES détecte des *manifestations cliniques* et non pas des effets secondaires médicamenteux

Raisonnement clinique

Récolte de données



VS

Raisonnement clinique



« L'anamnèse n'est pas une collecte de données » Prof Voyer

<https://www.youtube.com/watch?v=RLSGe9t9FDQ>



LA MISE EN ŒUVRE (DANS LA VRAIE VIE...)

Plan d'implantation (II)

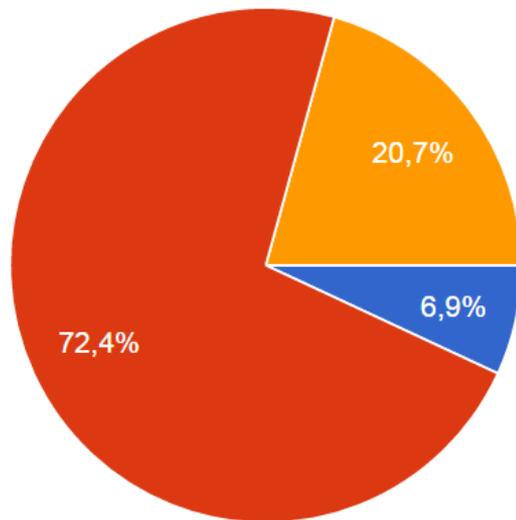
SUPAA
15.01.2016

**Nouvelles directives
concernant la
(psycho)pharmacologie
à l'HPAA**



Enquête 10 mois après l'intro (I)

Pour mon jugement et mon raisonnement cliniques, MOSES représente
(29 réponses)



- un frein
- une ressource
- Ni l'un ni l'autre car je connais suffisamment la clinique, la pharmacologie et la sémiologie

**SANS "RIEN"
FAIRE !**

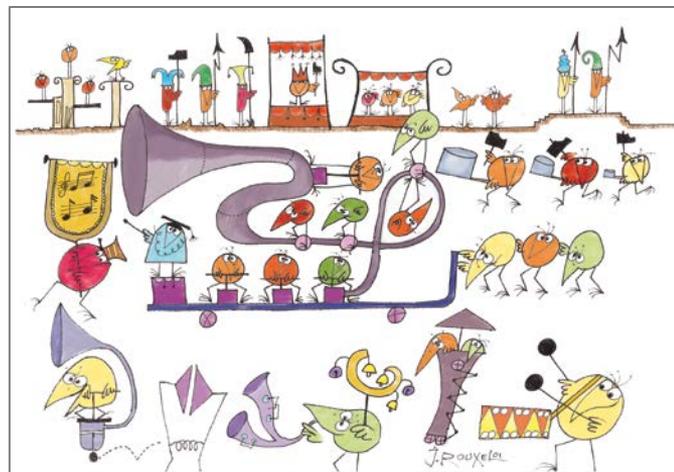


Enquête 10 mois après l'intro (II)

Deux éléments **insatisfaisants**

La question du sens

La communication et
collaboration



Enquête 10 mois après l'intro (III)

**Plutôt que rejet: forte demande
pour comprendre, s'améliorer,
s'appropriier l'outil, se former!**

Formation interne de 1h30

- Feed-back de l'enquête
- MOSES en détail
- L'observation avec des instruments
- Guide d'utilisation
- Démo pour passation: avec un patient

Elaboration d'un guide d'utilisation

Bouche				
N°	Item	Examen	Anamnèse	Commentaire
12	Mouvements de la bouche / langue	Inspection		<p>Les dyskinésies sont des mouvements stéréotypés répétitifs et incontrôlés de la mâchoire, des lèvres ou de la langue (exemple : https://www.youtube.com/watch?v=IbpiHcP0jY « Oral dyskinesia ») qui peuvent accompagner les tremblements séniles. Aucune rigidité associée n'est présente (si rigidité, il s'agit probablement d'un tremblement de Parkinson). Les dyskinésies sont habituellement iatrogènes et indiquent un probable effet secondaire des neuroleptiques.</p> <p>Il faut distinguer les tremblements séniles des tremblements de Parkinson. Les tremblements séniles sont de légers tremblements rythmiques qui peuvent être normal chez les personnes âgées. Ils sont bénins et incluent par exemple des secousses de la tête (comme pour dire oui ou non), un tremblement des mains et une protrusion de la langue. Les tremblements de Parkinson sont accompagnés de rigidité, de lenteur et d'une faiblesse des mouvements volontaires.</p>

Nez/Gorge/Poitrine				
N°	Item	Examen	Anamnèse	Commentaire
19	Trouble de la déglutition	<p>Protocole : http://intranet.intranet.chuv/intranet/docs/dnc/prestations-patient/dnc_prot_test_deglutition.pdf</p> <p>Vidéo de démo : https://hoptolheque.chuv.ch/media_detail.php?id_media=1966</p> <p>Attention au risque de fausse route chez patient connu pour ce problème</p>	<i>Avalez-vous de travers ?</i>	

Feed-back de la formation pilote

« Ça répond aux **attentes!** »

« **Coaching** au chevet du patient plutôt que démonstration. »

« Ça peut faire **peur** [la précision clinique]... »

« Ça donne du **sens!** »

« Ça augmente l'**inconfort** dû au décalage entre le pratiqué et le désiré... »

« Je **recommande chaleureusement** la formation à mes collègues! »

Ce qu'on aime / ce qu'on n'aime pas

- Aide à la réflexion clinique
 - Structure l'observation clinique
 - Homogénéise le langage
 - Rédigée dans le langage courant
- Nombre d'items
 - Quid de Soarian?
 - Adapté aux patients déments?



QUELQUES ENSEIGNEMENTS

Mes apprentissages

Parfois, **NE** fais **PAS** comme dans les livres (et ça va aussi!)

Sois **AUDACIEUX** et **OPPORTUNISTE**

Ne lâche **JAMAIS** la question du **SENS**

Privilégie l'**INTÉGRATION** et l'**INCARNATION** des savoirs
plutôt que la **MESURE***

Porte toute ton attention sur les **PERSONNES** (la technologie aliène!)

* Voir notamment: Abelhauser, Gori, & Sauret, 2011; Gori, 2011, 2014; Gori, Cassin, & Laval, 2009



REMERCIEMENTS

Les **collaboratrices** et les **collaborateurs**

Dr **Jean-Frederic Mall**, médecin associé SUPAA

Mme **Alcina Matos Queiros**, ADSD SUPAA

M. **Tiago Ferreira De Sousa**, ICS SUPAA

Mme **Marie-Claire Kolly**, ICUS UTAP

M. **Luis Ribeiro**, ICUS UTPO

M. **Ludovic Cornu**, ICUS EMPAA

Et d'autres encore...



BIBLIOGRAPHIE

- Abelhauser, A., Gori, R., & Sauret, M.-J. (2011). *La folie évaluation : les nouvelles fabriques de la servitude*. Paris: Mille et une nuits.
- Félix, S., Guillemin, P., Lleshi, E., Rivier, E., & Stuck, A. (2014). *Évaluation gériatrique globale : guide de poche*. Chêne-Bourg: Ed. Médecine & Hygiène.
- Gill, S. S., Mamdani, M., Naglie, G., Streiner, D. L., Bronskill, S. E., Kopp, A., . . . Rochon, P. A. (2005). A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Archives of Internal Medicine*, 165(7), 808-813. doi:10.1001/archinte.165.7.808
- Gori, R., Cassin, B., & Laval, C. (2009). *L'Appel des appels pour une insurrection des consciences*. Paris: Mille et une nuits.
- Gori, R. (2011). *La dignité de penser*. Brignon: Liens qui libèrent.
- Gori, R. (2014). Mesure et démesure. *Revue du MAUSS*, 1(43), 44-46. doi:10.3917/rdm.043.0044
- Jarvis, C. (Ed.). (2010). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal: Beauchemin Chenelière éducation.
- Kalachnik, J.E., (2001). *Standardized Monitoring for Psychopharmacologic Medication Side Effects. Manual for the Monitoring of Side Effects Scale (MOSES)*. Excerpt from pp. 33-41. University of South Carolina, School of Medicine, Department of Pediatrics, Center for Disability Resources, Columbia, SC and the South Carolina Department of Disabilities and Special Needs, Columbia SC.
- Nadot, M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 359-382). Montréal: G. Morin.
- Nguyen, P. V., & Spinelli, C. (2016). Prescribing cascade in an elderly woman. *Canadian pharmacists journal*, 149(3), 122-124. doi:10.1177/1715163516640811
- Nickel, C. H., Ruedinger, J. M., Messmer, A. S., Maile, S., Peng, A., Bodmer, M., . . . Bingisser, R. (2013). Drug-related emergency department visits by elderly patients presenting with non-specific complaints. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 21, 15. doi:10.1186/1757-7241-21-15
- Nugent, K. L., Spahr, E., Toroney, J., Mojtabai, R., Nettles, C., Turner, L. W., . . . Eaton, W. W. (2015). Interrater reliability of the modified monitoring of side effects scale for assessment of adverse effects of psychiatric medication in clinical and research settings. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(3), 324-328. doi: 10.1097/JCP.0000000000000311
- Pinholt, E. M., Kroenke, K., Hanley, J. F., Kussman, M. J., Twyman, P. L., & Carpenter, J. L. (1987). Functional assessment of the elderly. A comparison of standard instruments with clinical judgment. *Archives of Internal Medicine*, 147(3), 484-488.
- Rochon, P. A., & Gurwitz, J. H. (1997). Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7115), 1096-1099.
- Rosenberg, J., Rochon, P. A., & Gill, S. S. (2014). Unveiling a prescribing cascade in an older man. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(3), 580-581. doi:10.1111/jgs.12714
- Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'ainé. Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Québec: ERPI - Le Renouveau Pédagogique Editions.