

OPTIMISER LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

Dossier documentaire-septembre 2019

Caractéristiques des problèmes associés aux médicaments :

On distingue trois sortes de problèmes associés à la prescription de médicaments chez la personne âgée : iatrogénie médicamenteuse, non-adhésion, sous-traitement (perte de chances). Ces problèmes sont souvent associés.

On distingue trois modalités de prescription sous optimale définie chez le sujet âgé : misuse , underuse et overuse : -

1. L'excès de traitement ou **overuse** : : médicament prescrit en l'absence d'une indication valable, ou sans preuve d'efficacité, en surdosage ou pour une durée excessive ou en duplication;
2. La prescription inadaptée ou **misuse** : qui correspond à l'utilisation de médicaments dont les risques sont supérieurs aux bénéfiques. Il peut s'agir d'un médicament dont l'indication est correcte mais qui ne représente pas le meilleur choix, ou qui peut présenter des failles quant à la dose, la durée ou le risque d'interactions;
3. L'omission de prescription ou **underuse** : absence de traitement efficace d'une pathologie en regard d'une indication alors qu'un médicament a démontré son efficacité, sous-dosage

Les Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI) englobent l'overuse et le misuse ; les Omissions de Prescription (OP) correspondent à l'underuse.

La polymédication et les PMI sont responsables d'évènements iatrogènes médicamenteux potentiellement graves. En France, les accidents iatrogènes médicamenteux seraient responsables de 20% des hospitalisations des sujets âgés, et 50% d'entre eux seraient évitables

L'optimisation des prescriptions médicamenteuses passe donc par la lutte contre la polymédication et les prescriptions médicamenteuses sous-optimales.

Pour lutter contre les prescriptions sous-optimales, de nombreux outils de dépistage de PMI et d'OP ont été développés ces 20 dernières années.

Spécificités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments chez les personnes âgées. (4)

La pharmacocinétique est définie comme étant « l'étude de l'action de l'organisme sur le médicament et a recours aux notions d'absorption, de biodisponibilité, d'effet de premier passage hépatique, de distribution, de métabolisme et d'élimination »

1. L'absorption est modifiée chez la personne âgée par le ralentissement de la mobilité gastro-intestinale, ce qui entraîne une augmentation du temps nécessaire d'obtention de la concentration maximale du médicament. Mais également par la diminution des protéines sériques (calcium, fer) et par les IPP (diurétiques, salicylés, warfarine)
2. La biodisponibilité (proportion du médicament qui, suite à l'administration, atteint la circulation systémique) et l'effet de premier passage hépatique sont modifiés avec le vieillissement.
La diminution de l'effet de premier passage hépatique étant de 30 % à 50 %, les médicaments éliminés par métabolisme hépatique doivent être donnés à plus faibles doses, leur biodisponibilité se trouvant augmentée.
3. Le volume de distribution du médicament (volume nécessaire dans lequel un médicament doit se distribuer afin d'obtenir une concentration plasmatique donnée) est affecté. Avec le vieillissement, la masse adipeuse augmente de 20 à 40 % alors que l'eau corporelle totale diminue de 15 % avec pour conséquence d'augmenter le volume de distribution des médicaments liposolubles (comme les antipsychotiques et les benzodiazépines) et de diminuer celui des médicaments hydrosolubles (comme la digoxine et le vérapamil). L'accumulation des molécules lipophiles dans les graisses induit un relargage dans la circulation imprévisible, donc un effet médicamenteux accentué (par exemple le fentanyl iv donné en prémédication, les benzo, etc.).
4. Les modifications du métabolisme hépatique qui permet de transformer un médicament en une forme plus hydrosoluble et donc plus facile à éliminer sont responsables d'une diminution de l'élimination hépatique des médicaments avec un coefficient d'extraction élevé (par exemple le métoprolol, le propranolol et le vérapamil)
5. Le vieillissement est également associé à des modifications de l'élimination rénale (voie d'élimination de la majorité des médicaments)
 - diminution de la filtration glomérulaire (diminution d'environ 50 % entre 40 et 70 ans)
 - diminution de la sécrétion tubulaire
 - diminution de la masse rénale

D'où une diminution de l'élimination des médicaments ou des métabolites pharmacologiquement actifs et augmentation des concentrations plasmatiques des médicaments

Le concept de demi-vie est également modifié avec le vieillissement, généralement augmentée avec la plupart des médicaments.

La pharmacodynamie est l'étude de l'effet exercé par le médicament sur l'organisme (moins connues que les modifications de la pharmacocinétique). Chez la personne âgée, il existe une variabilité pharmacodynamique qui semble liée à une réduction progressive des mécanismes homéostatiques et à une altération des récepteurs : variations du nombre de récepteurs ou de l'effet au niveau du récepteur ou de l'effecteur (réponse post-récepteur) et/ou des voies de signalisation cellulaires

Conséquences :

- Diminution des barorécepteurs avec hypotension et chute (anti hypertenseurs, neuroleptiques, inhibiteurs calciques, ..)
- Altération de l'innervation parasympathique : Eviter les anti cholinergiques +++
- Diminution de la réponse aux médicaments agonistes β adrénergiques (stimulants)
- Sensibilité accrue aux effets des analgésiques morphiniques, à la warfarine
- Sensibilité diminuée aux effets hypotenseurs des β bloquants.

- Altération de la régulation glycémique
- Diminution du nombre de récepteurs dopaminergiques avec le risque de syndrome akinéto-rigide lors de la prise de neuroleptiques
- Diminution de l'affinité des récepteurs aux β agonistes avec comme conséquence une baisse des effets hypotenseurs des β bloquants.

Comorbidités et fragilités des personnes âgées.

On peut regrouper les paramètres qui lui ont été associés de la façon suivante

1. Le très grand âge
2. La présence de comorbidités/multimorbidités :
 - La multimorbidité est la présence de plus d'une pathologie chronique chez un individu.
 - La comorbidité est l'existence ou la survenue de toute entité pathologique additionnelle qui survient fréquemment au décours de l'évolution clinique d'une maladie donnée sans qu'elle en soit nécessairement une complication (Ex : obésité, hypertension et diabète)
3. L'aide nécessaire aux activités de la vie courante (quotidienne et domestique)
4. Les variables physiques : inactivité physique, faible vitesse de marche, force de préhension diminuée, fatigue
5. Les atteintes cognitives (mémoire, attention, communication)
6. L'état nutritionnel altéré
7. les troubles sensoriels (vision, audition)
8. Les variables psychosociales (statut socioéconomique, état affectif, réseau social, etc.)

Le patient âgé qui répond à 3 critères et plus est considéré fragile. Le patient âgé qui répond à 1 ou 2 critères est qualifié de pré-fragile.

On retrouverait dans la population générale environ 10 % de personnes âgées fragiles et 40 % de pré-fragiles.

L'identification de la fragilité chez un patient donné est importante pour la gestion médicamenteuse permettant d'identifier l'individu à risque, d'établir le pronostic, de prédire la survenue d'évènements défavorables et de prendre des décisions thérapeutiques adaptées et individualisées

Il est donc important de la rechercher chez toute personne de 70 ans et plus et de la réduire

- Par des exercices (en résistance et aérobie)
- Par une consommation de protéines, de vitamine D et un apport calorique adéquat
- Par une réduction de la prise de médicaments.

En annexe le tableau 1 propose des principes généraux d'évaluation de la pharmacothérapie en 9 étapes successives inspirés des travaux de Scott, Farrell et Bergeron et de l'expérience clinique des membres du sous-comité du RUSHGQ (société Québécoise de gériatrie) sur la médication.

Outils standardisés et expérimentations

Ces outils ne doivent ni dicter la prescription médicamenteuse ni se substituer au jugement clinique du médecin ou du pharmacien.

Le médecin doit individualiser la gestion médicamenteuse à chacun de ses patients et ne doit pas uniquement se baser sur les lignes directrices des sociétés d'experts, car les patients âgés sont sous-représentés dans les grands essais cliniques.

Le fait de prescrire un médicament considéré comme une médication potentiellement inappropriée pour la personne âgée (inscrit dans une liste) signale au confrère l'importance d'effectuer un suivi étroit de l'état de santé du patient. Ces listes ou outils doivent être revus fréquemment étant donné l'autorisation, la discontinuation et le retrait de médicaments sur le marché et les mises à jour des lignes directrices de traitement de diverses pathologies.

Il existe des outils qui listent les médicaments à prescrire ou à ne pas prescrire, répertoriés selon le système ou la classe médicamenteuse.

A. Liste De Beers (2,3) :

Les critères de Beers de l'American Geriatrics Society (AGS), mis à jour en 2015, incluent des listes de **médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées** en raison de leur risque élevé d'effets indésirables ou de leur inefficacité ou parce qu'il existe des substituts plus sûrs.

Cette liste de médication inappropriée est divisée en 3 catégories :

- les médicaments à proscrire chez toute personne âgée
- ceux à éviter dans le cas de certaines comorbidités qui pourraient exacerber les pathologies
- ceux à utiliser en s'entourant de précautions.

De plus, les médicaments sont aussi classés selon le système physiologique, la classe médicamenteuse ou le nom du médicament.

Par contre, cette classification complexifie l'usage de cet outil et prolonge le temps requis pour identifier la médication inappropriée, en plus de contenir de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante. Cet outil est également mal adapté au contexte des soins palliatifs

B. Liste Laroche (5)

Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française

Un consensus d'experts a permis de proposer une nouvelle liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, en tenant compte des pratiques médicales françaises. Les médicaments ou classes médicamenteuses proposés dans cette liste sont d'une manière générale et dans la mesure du possible à éviter chez les personnes âgées...

Cette liste peut constituer un référentiel de prescription en pratique clinique gériatrique :

Dans cette éventualité, la diffusion de cette liste doit s'accompagner de plusieurs réserves :

- même si les médicaments de cette liste peuvent être considérés comme inappropriés, ils ne sont pas pour autant contre indiqués
- le rapport bénéfice/risque de ces médicaments doit être estimé dans la situation clinique du moment pour chaque patient
- ces critères ont été construits sur la base d'une opinion d'experts et non pas sur une méthodologie fondée sur les preuves
- il s'agit au départ d'un outil épidémiologique pour évaluer la fréquence d'une prescription suboptimale chez les personnes âgées.

Cette liste vise aussi à alerter sur des situations médicamenteuses dangereuses, inutiles, ou des associations de médicaments illogiques qui doivent être évitées chez les personnes âgées.

Il n'apparaît pas souhaitable que cette liste devienne opposable aux médecins dans un but de régulation de dépenses de soins car si certains médicaments sont inutiles, d'autres posent des problèmes dans les situations cliniques gériatriques ordinaires mais peuvent être prescrits dans des indications plus rares et bien spécifiques

Il est évident que cette liste devra être adaptée à l'évolution des connaissances pharmacologiques et thérapeutiques en gériatrie et à l'apparition de nouvelles molécules sur le marché pharmaceutique.

C. **Critères STOPP/START : (6)**

La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. Pharmactuel 2015;49:61-64. ; téléchargeable sur l'adresse :

<https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/831>

Outil d'aide à la prescription pouvant être utilisé afin de dépister les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) ou omises chez le sujet âgé.

STOPP

Les principales nouveautés de la liste STOPP concernent :

1. un critère général sur les médicaments sans indication clinique
2. trois nouvelles catégories de critères (hémostase ; altération de la filtration glomérulaire ; médicaments anticholinergiques)
3. des critères relatifs à certains médicaments à toujours remettre en question (benzodiazépines, neuroleptiques, antihistaminiques de 1^{re} génération, fer oral à dose élevée, ticlopidine)
4. des critères portant sur la chronologie du choix médicamenteux (six médicaments à questionner s'ils sont utilisés en première intention dans des situations peu sévères : amiodarone, diurétique de l'anse, antihypertenseur à action centrale, opiacé, antidépresseur tricyclique, fluoxétine)
5. divers autres critères (digoxine et insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée ; diurétique de l'anse et œdèmes liés à une insuffisance veineuse ou lymphatique ; diurétique thiazidique et troubles ioniques ; inhibiteur de l'acétylcholinestérase et bradycardie ou trouble de la conduction).

START

1. deux nouveaux appareils et un nouveau système (appareils reproducteur et urinaire ; système visuel)
2. une indication de vaccination (annuelle antigrippale ; antipneumococcique)
3. des indications médicamenteuses spécifiques en cas de douleur, de goutte, de glaucome, d'hypertrophie prostatique obstructive, d'atrophie vaginale, de syndrome des jambes sans repos, de démence modérée à sévère.

Conclusion :

Impact au niveau économique: non encore prouvé

Impact sur morbi mortalité: résultats discordants pour STOPP

Impact FORT sur la MORTALITE de START surtout pour AVK et AC/FA

- **L'outil STOPP START est un outil fonctionnel et rapide mais surtout pédagogique pour que le repérage des médicaments inappropriés devienne un automatisme**

- ***Outil d'aide à l'optimisation des traitements de nos patients âgés surtout en milieu hospitalier car même si outil rapide nécessite un travail d'amont minutieux.***
- ***Intérêt de l'intégration d'un tel outil dans les logiciels d'EHPAD ou des médecins généralistes***
- ***Ne remplacera jamais l'analyse clinique fine de l'ordonnance pondérée par l'environnement et les comorbidité du patient surtout chez le patient***

Pour en savoir plus : thèse de Maud CHARVET CABARET septembre 2012 « Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires : Impact de l'utilisation de l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées »

D. Grille MAI (Medication Appropriateness Index) (7)

Le score MAI est basé sur l'application à chaque médicament de 10 critères de prescription déterminant leur caractère approprié pour l'individu

En fait, pour chaque médicament, l'intervenant doit coter sur une échelle de 1 à 3 chacun des critères suivants : indication, efficacité, dose adéquate, directives du médecin adéquate, directives du médecin concrètes et pratiques, présence d'interaction médicament-médicament, présence d'interaction médicament-maladie, duplication médicamenteuse, durée de traitement acceptable et rapport coût-efficacité.

Ainsi, le médecin obtient un score, qui correspond à la somme des cotes de 1 à 3, qui l'informe sur le rapport risques-bénéfices de chaque médicament.

Bien que cet outil soit peu utilisé en pratique en raison du temps requis pour obtenir le score, ses critères sont toutefois utilisés en guise de principes généraux de gestion médicamenteuse.

Il est intéressant à utiliser en situation de régime médicamenteux complexe ou en présence d'une polymédication excessive.

Mais l'outil n'a jamais été traduit de l'anglais original et son utilisation est peu répandue.

Son utilisation semble intéressante en association avec la méthode stopp and start : « The Medication Appropriateness Index at 20: Where it Started, Where it has been and Where it May be Going »

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831621/>

E. Listes OMÉDIT :

Les OMÉDIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placées auprès des agences régionales de santé.

Leurs missions sont d'accompagner et de mettre en œuvre des démarches de **qualité, de sécurité et d'efficacité médico économique liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux, auprès des patients et des professionnels de santé.**

Ses travaux sont menés en **synergie et complémentarité d'expertise** avec les autres structures régionales telles que [les centres régionaux de pharmaco-vigilance](#) (CRPV), l'ARLIN (centres régionaux d'appui pour la prévention des infections associées aux soins), la structure qualité et les réseaux de santé mais aussi les associations de représentants d'usagers.

Les OMÉDIT peuvent rapporter un éventuel mésusage auprès des agences régionales de santé, des agences nationales (ANSM, INCa, HAS) et du Ministère.

Exemples :

Liste des médicaments proposés par la Commission Gériatrie de la région Centre – Val de Loire
http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5181.pdf

Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD : OMÉDIT Normandie
<http://www.omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf>

F. Liste des médicaments adaptés aux personnes âgées : liste APIMED (18)

« LISTE DE MÉDICAMENTS PRÉFÉRENTIELLEMENT ADAPTÉS À LA PRESCRIPTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE »

Les Groupes Qualité ont une large expérience du travail collaboratif sur les thématiques en rapport avec l'exercice en médecine générale. La démarche proposée pour l'élaboration de la liste attendue s'inscrit naturellement dans ce cadre de fonctionnement qui repose sur la constitution de groupes de travail multidisciplinaire. Elle propose :

- Une liste "non exhaustive" des principaux médicaments (répertoriés par classe et spécialité médicale) préférentiellement adaptés à la prescription ou inappropriés ou dont l'indication est à ré évaluer. **La population cible est la personne âgée de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polymédiquée et polypathologique en ALD (Affection Longue Durée).**
- **Elle n'est pas opposable aux médecins.** Le coût n'est pas entré en ligne de compte dans le choix des molécules
- **En un clic** = une vision simplifiée des précautions d'emploi élémentaires de prescription du médicament envisagé. Les molécules sont désignées par leur DCI (Dénomination Commune Internationale).
- **Un code couleur** a été attribué à chaque molécule :
 - ✚ **Code "VERT"** : médicaments sélectionnés pour leur rapport bénéfice/**risque favorable** lors d'une prescription de première intention, en tenant toutefois compte des précautions d'emploi qui sont rappelées.
 - ✚ **Code "ORANGE"** : si je prescris ce médicament dont j'ai l'habitude, je dois me montrer prudent. Pour valider ce choix, une **réévaluation du bénéfice/risque est recommandée pour chaque patient** (cognition – risque de chutes – fonction rénale).
 - ✚ **Code "ROUGE"** : médicament potentiellement inapproprié qui incite à **ne pas prescrire** et à préférer un autre médicament.

G. Le guide P.A.P.A (prescription médicamenteuse adaptée aux personnes âgées) crée par la CNPG et la SFGG (17)

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP) ont pris l'initiative de concevoir un guide regroupant 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (domicile, EHPAD...) destiné au corps médical, et plus particulièrement des gériatres et des médecins coordonnateurs d'EHPAD mais aussi aux pharmaciens. Ces 42 fiches sont relatives à 42 maladies ou situations fréquemment rencontrées (déshydratation, insomnie, dépression, douleur, etc.) dans toutes les spécialités.

Comment se procurer le Guide Papa ?

Au prix de 14€ (version papier) et 10€ (version ebook), il est disponible en commande sur le site de l'éditeur [Editions Frison Roche ici](#) ainsi que sur [Amazon](#) (et sur commande en librairie).

H. Les 10 commandements : outil utilisé en région Bordelaise, en ligne depuis 2012 (13)

Outil a été créé par les internes de l'hôpital de Bordeaux à partir d'un travail comparatif de plus de 120 ordonnances d'entrée et de sortie entre novembre 2011 et juillet 2012 après conciliation médicamenteuse et a permis de mettre en évidence les erreurs de prescription les plus fréquentes. Il énumère en dix points les règles de bonne pratique de prescription chez la personne âgée et passe donc en revue les erreurs les plus fréquentes à éviter.

I. La conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation médicamenteuse, essentiellement mise en œuvre à l'hôpital, consistait à signaler au prescripteur toute information discordante relative au traitement d'un patient.

Les objectifs de la conciliation médicamenteuse ont été récemment revus par les promoteurs de ce procédé ; la conciliation ne s'attache plus à dénombrer les ordonnances discordantes mais doit fournir sans délai un état fiable et complet des médicaments en cours et arrêtés prescrits ou pris en automédication (Institute for Healthcare Improvement. Medication Reconciliation review-2012 (100)). Pour certains, la conciliation est attachée à la préparation du retour au domicile après une hospitalisation ; elle consiste alors à établir une comparaison entre les traitements d'entrée et de sortie de l'hôpital et de justifier les discordances.

J. La déprescription :

La déprescription consiste en la diminution ou l'arrêt d'un médicament et s'inscrit dans un processus de rationalisation pour une optimisation de la médication.

Une synthèse de la littérature regroupant les résultats d'études de niveaux de preuves (fort) différents, **ne montre pas d'intérêt d'interventions de déprescription médicamenteuse en termes de diminution de la mortalité**. Elle suggère l'intérêt d'interventions ciblées spécifiques au patient.(15)

Les principaux obstacles à la déprescription sont la réticence des patients, les difficultés avec les somnifères et le manque de temps (16)

Les différentes étapes du processus de déprescription consisteraient à :

- Eduquer le patient à mieux connaître ses médicaments, parler de réévaluation d'ordonnance, éviter l'expression "médicament à vie"
- Favoriser la non-prescription et les thérapeutiques non médicamenteuses.
- Adopter une approche centrée sur le patient avec le recueil de ses attentes et la recherche d'une concordance.
- Déprescrire progressivement avec un suivi et une notification dans le dossier et aux autres professionnels de santé.
- Se responsabiliser et développer une réflexivité sur ses pratiques avec une prise de conscience de ses croyances erronées «défensives»

K. Etude région Normandie dans les Groupes qualité

- Sur l'indicateur polymédication (7 médicaments et plus) les médecins des Groupes qualité Normands sont moins performants que ceux des groupes témoins sauf en Pays de Loire
- La DRSM (direction régionale du service médicale) a réalisé une étude sur la polymédication de 16 médicaments et plus hors collyres et topiques.
- Sur 2770 généralistes dont 448 GQ (16% de la population générale) 220 médecins dont 35 GQ (16%) avaient des ordonnances avec 16 molécules et plus chez 2 patients différents
- Pas d'effet GQ sur cette thématique puisque l'on retrouve les mêmes proportions de signalements GQ et hors GQ.

- Les résultats des actions engagées montrent, en 2016, une diminution du nombre de lignes de prescription chez les médecins ayant bénéficié d'un courrier ou d'un entretien individuel.
- En 2017, il n'est pas montré de différence significative ni sur le nombre de lignes de prescription ni sur le nombre de prescripteurs ayant des prescriptions de plus de 16 molécules parmi ces médecins.

En conclusion pour la DRSM , « l'absence d'impact significatif observé auprès des médecins prescripteurs de plus de 16 molécules à des patients âgés traduit l'épuisement de notre action vers cette cible et nous oblige à faire évoluer notre stratégie pour modifier les pratiques »

A la suite de cette action, l'Assurance Maladie souhaite, au plan régional Normand, constituer un groupe de réflexion et de travail afin de proposer des solutions concrètes aux médecins prescripteurs dans le domaine complexe de la **dé-prescription**.

La cible est avant tout constituée des bénéficiaires âgés (> 75 ans ou > 65 ans en ALD) et dont les prescriptions semblent pouvoir bénéficier d'une telle démarche (nombre de lignes de médicaments par ordonnance > seuil)

A cette réflexion, l'assurance Maladie a associé un médecin gériatre (le Pr. Doucet de Rouen), un sociologue, des médecins-conseils et les membres des Groupes qualité Normandie (le Président et les coordonnateurs)

Un document : « aide à la décision pour une ré évaluation pertinente de la prescription chez les sujets âgés de plus de 65 ans avec une ALD ou de plus de 75 ans » a été constitué

Proposition de travail dans les groupes

A partir de la grille élaborée par le comité de rédaction (tableau 2 en annexe) vous re évaluerez une ou plusieurs ordonnances de 10 molécules et plus hors collyres et topiques

Le but de ce travail est d'analyser la faisabilité , la pertinence de cette grille et le temps de la consultation nécessaire à sa réalisation.

En dossier joint «AIDE A LA DECISION pour une "RE-EVALUATION DE LA PRESCRIPTION chez le SUJET ÂGÉ DE PLUS DE 65 ANS AVEC UNE ALD ou DE PLUS DE 75 ANS » en version WEB

Conclusions :

La déprescription, guidée par les principes éthiques de non malfaisance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice, est un des rôles du médecin généraliste.

De nombreux obstacles à la déprescription existent qu'ils soient organisationnels ou qu'ils mettent en jeu le trio médecin/patient/médicament.

Les obstacles déclarés par les médecins sont surtout :

- la réticence des patients, avec pour conséquence une tendance au renouvellement d'ordonnance sans réévaluation.
- la difficulté à faire accepter la déprescription au patient.
- un défaut de formation en pharmacologie
- un manque de recommandations pour déprescrire
- un défaut d'accès à toutes les ordonnances des patients.

La proportion de patients acceptant la déprescription varie grandement sous l'influence des croyances, des pressions externes et des peurs du patient, selon les classes médicamenteuses en jeu et les effets secondaires indésirables potentiels qui peuvent en résulter.

Afin d'optimiser les principes de gestion médicamenteuse, la communauté médicale doit concevoir des outils basés sur des données probantes décrivant l'usage rationnel de la médication en y incorporant le concept de déprescription

Déprescrire étant un gage de professionnalisme et de qualité des soins, cela nécessite de la part des médecins une prise de conscience de leurs croyances erronées "défensives" et une remise en question de leurs pratiques.

ANNEXES

Tableau 1 : Principes généraux d'évaluation de la pharmacothérapie

Principes [Commentaires
Recenser tous les médicaments (incluant les médicaments sans ordonnance et les produits naturels) actuellement pris par le patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Afin d'évaluer l'adhérence thérapeutique du patient : une méthode consiste à demander au patient d'apporter physiquement (brown paper bag) tous les médicaments lors de la consultation. • Si manque de fidélité au traitement, identifier les barrières d'adhésion
Déterminer si le patient a un risque élevé de survenue d'effets indésirables médicamenteux.	<p>Le patient a un risque élevé si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise de 8 médicaments ou plus • Antécédents d'effets secondaires médicamenteux • Présence de 4 morbidités ou plus • Maladie hépatique ou rénale - Insuffisance cardiaque • Prise de médicaments à haut risque (anticoagulant, hypoglycémiant, psychotrope, digoxine, nitrate et vasodilatateur, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)) • Trouble cognitif ou psychologique • Antécédents de non-adhérence thérapeutique ou d'abus de substances - Habite seul
Estimer l'espérance de vie du patient.	Considérer : - Âge,- Morbidités - Niveau fonctionnel - Fragilité
Identifier les objectifs thérapeutiques du patient.	<p>Considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espérance de vie • Niveau fonctionnel • Qualité de vie • Priorités du patient, du proche aidant et de la famille <p>Objectifs thérapeutiques du patient, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire et secondaire de maladies ? • Prolongement de la vie ? • Amélioration de la capacité fonctionnelle ? • Soulagement des symptômes ?
Préciser les indications pour chaque médicament.	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que chaque médicament soit associé à un diagnostic précis. • Vérifier que le médicament prescrit pour l'indication correspond aux lignes directrices actuelles. • En dressant la liste des diagnostics du patient et en y associant la médication correspondante, il est facile de mettre en lumière les médicaments non indiqués (overuse) et les diagnostics non traités (underuse) • À l'inverse, il est possible de dresser la liste des médicaments avec posologie et d'y associer la raison de l'utilisation

<p>Calculer le temps requis pour l'apparition des bénéfices de la pharmacothérapie. Comparer avec l'espérance de vie estimée du patient.</p>	<p>Concerne davantage les médicaments à visée préventive primaire et secondaire. Par exemple: statines (6 mois), analgésique (30 minutes)</p>
<p>Évaluer l'efficacité et la toxicité de chaque médicament. Classer selon leur utilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les rapports risque/bénéfice en tenant compte des morbidités et des co-médications. • Éviter de prescrire des médicaments dont le niveau d'efficacité n'est pas clairement démontré. • Opter pour les médicaments ayant le moins d'effets indésirables et d'interactions. • Choisir les médicaments à demi-vie courte. • Choisir la forme galénique la mieux adaptée au handicap du patient.
<p>Principes</p>	<p>Commentaires</p>
<p>Identifier les médicaments pour lesquels une modification de la posologie, une substitution ou une cessation est requise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour ce faire, le clinicien peut faire une liste des syndromes gériatriques, symptômes ou signes cliniques du patient qui peuvent potentiellement être associés à des effets secondaires indésirables médicamenteux. • Pour chaque problème, lister les médicaments potentiellement responsables. • Dresser un plan d'action : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Problème indépendant du médicament ? - ✓ Duplication médicamenteuse ? - ✓ Dose trop élevée ? - ✓ Concentrations plasmatiques des médicaments à faible index thérapeutique en bas de l'intervalle thérapeutique ? - ✓ Posologie inadéquate ? - ✓ Adapter les doses au sujet âgé et à sa fonction rénale (estimée par la clairance de la créatinine calculée par l'équation de Cockcroft-Gault, - ✓ Débuter à dose faible et augmenter progressivement. - ✓ Interaction médicamenteuse ? - ✓ Cascade médicamenteuse ?
<p>Assurer un suivi. →</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des priorités thérapeutiques et les réévaluer minimalement de façon annuelle pour éviter le cumul des prescriptions. • Réévaluer la pharmacothérapie ultérieurement si changement de la condition, de l'espérance de vie et des objectifs thérapeutiques du patient. • Faire preuve de vigilance lors des phases de transition, surtout à l'entrée et à la sortie de l'hôpital (réconciliation médicamenteuse).

Tableau 2 : AIDE A LA DECISION pour une « RE-EVALUATION PERTINENTE DE LA PRESCRIPTION » chez le sujet âgé de + de 65 ans avec une ALD ou de + de 75 ans

La réévaluation est conseillée en cas d'introduction d'une nouvelle molécule, d'évolution de la situation clinique et/ou biologique et de fragilité.

Age			
Mode de vie			
Qui gère le traitement ?	Patient	Aidant	IDE
	OUI	NON	
Connaissance de l'exhaustivité des médicaments pris (prescrits par un spécialiste, auto-médication) ? - aide du DMP -			
1^{ère} étape : Interrogatoire			
La tolérance est-elle satisfaisante ?			
Y a-t-il eu des effets indésirables ?			
Connaissance et adhésion, acceptation du ttt (éducation thérapeutique) ?			
Observance ?			
Les pathologies traitées sont-elles documentées ?			
Le traitement est-il efficace ?			
2^{ème} étape : Points de vigilance			
Lien avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien ?			
Y a-t-il un ou des médicaments non recommandés chez le sujet âgé ? Référence liste préférentielle ou OMÉDIT www.omedit-normandie.fr			
Y a-t-il des indicateurs AMI (Alerte et Maîtrise de la iatrogénie) <i>d'après l'HAS ?</i> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription de 3 psychotropes / Prescription de benzodiazépines à ½ vie longue / Prescription de 2 diurétiques / • Prescription de 4 antihypertenseurs / AVK et ttt ATB ou ATFong sans INR dans les 7 j / • Prescription à risque d'IRA (AINS+IEC, AINS+ARA II, AINS+IEC+ARA II, AINS+DIUR, AINS+IEC+DIUR, AINS+ARA II+DIUR, AINS+IEC+ARA II+DIUR) / • Médicament de la démence (ttt Alzheimer) et prescription de neuroleptiques. 			
Y a-t-il une ou des associations à risque majoré ?			
3^{ème} étape :			
<u>Données de l'examen clinique :</u>			
Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/>		
Altérations des fonctions cognitives	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la marche	<input type="checkbox"/>		
Chutes	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>		
Déshydratation	<input type="checkbox"/>		
Hypoglycémie depuis la dernière prescription (auto-surveillance glycémique)	<input type="checkbox"/>		
Perte d'autonomie depuis la dernière prescription	<input type="checkbox"/>		
Fragilité			
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il eu plus de difficultés pour se déplacer ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?			

Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?		
Biologique :		
Créatinémie, DFG		
HbA1c cible		
Albuminémie dosée		
4^{ème} étape : Rédaction de l'ordonnance		
Durée de ttt inadéquate (BZD, AINS...)		
Les posologies sont-elles optimales ?		
Les galéniques sont-elles adaptées ? (en cas de nécessité, le médicament doit-il être écrasé et peut-il l'être ?)		
Y a-t-il des médicaments redondants ou antagonistes ?		
Au total, je dé-prescris 1 ou plusieurs médicaments		

BIBLIOGRAPHIE

- Observance thérapeutique en gériatrie :
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/75791/1/12.%20PETERMANS%20Geriat%20%286%29.pdf>
- Critères BEERS : <https://dcricri.org/beers-criteria-medication-list/>
- American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571677/>
- Guide de gestion du médicament (Mars 2015)
http://www.rqrv.com/fr/document/guide_gestion_medicamenteuse.pdf
- Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française : M.-L. Laroche a, F. Bouthier b, L. Merle a, J.-P. Charmes
<file:///C:/Users/Claude/Downloads/laroche-prescriptions-medict-inappropriées-pa-laroche-rev-med-interne-2009.pdf>
- La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français :
<https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/857>
- Grille MAI : <http://amicalecaneum.fr/outils/Grille%20MAI.pdf>
- Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) Premiers résultats :
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/235-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? HAS septembre 2014 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf
- Thèse mars 2018 ; «ACTIONS EN SOINS PREMIERS VISANT A OPTIMISER LA PRESCRIPTION EN SITUATION DE POLYMEDICATION REVUE DE LA LITTERATURE »
- Prescriptions médicamenteuses sous-optimales en EHPAD : étude observationnelle transversale.
http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5058_SOISSONS_these.pdf
- Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé* Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf
- Création d'un outil d'aide à la prescription médicamenteuse du sujet âgé en médecine générale ambulatoire : Thèse de Lisa Bourdin 03/2018 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01766641/document>
- Comment optimiser les prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé?
<https://sfgg.org/media/2009/11/Diaporama-Sylvie-LEGRAIN-1.pdf>

15. Quelle est la faisabilité et quels sont les effets en termes de santé et de mortalité d'une déprescription chez des personnes âgées ? <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2099>
16. LA DEPRESCRIPTION : DES OBSTACLES AUX VOIES D'AMELIORATION : thèse Amandine PARNEY octobre 2015
17. Guide PAPA <https://sfgg.org/actualites/guide-papa-coupon-pour-obtenir-le-guide/>
18. LISTE DE MÉDICAMENTS PRÉFÉRENTIELLEMENT ADAPTÉS À LA PRESCRIPTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRAL par les Groupes qualité <http://www.apimed.fr/>