

POLYMEDICATION



DOSSIER DOCUMENTAIRE

Septembre 2014

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Groupe de travail : Dr Claude Magnani coordinateur GQ Basse Normandie

Groupe de lecture : Dr Jean Pierre Mairesse coordinateur GQ Haute Normandie

Dr De Deyne Samuel animateur GQ Caen

Dr Regnault Bruno animateur GQ Granville

Introduction

Il n'existe pas encore de consensus autour de la polymédication.

Pour certain elle se distingue en deux catégories principales :

1. Les définitions quantitatives, qui se réfèrent au nombre de médicaments pris quotidiennement : on parle de polymédication à partir de 5 médicaments.

2. Les définitions qualitatives, qui reposent sur l'usage de médicaments non cliniquement indiqués ou inappropriés.

Pour d'autres elle se définit

1. À partir de 3 médicaments prescrits simultanément (Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie, Juin 2005.)

2. À partir de 5 médicaments prescrits simultanément. (McLean A.J. and LE COUTEUR D.G. Pharmacol Rev. 2004 / Linjakumpu et al. J Clin Epidemiol. 2002)

3. Utilisation de médicaments potentiellement inappropriés, associés à un risque élevé d'effets indésirables chez les sujets âgés (Maggiore R et al. The Oncologist, 2010)

La polymédication concerne tous les patients mais chez la personne âgée elle est clairement associée à un risque augmenté d'effets indésirables, de surdosages, d'interactions médicamenteuses et d'erreurs de prise.

On peut retenir que l'âge de la vieillesse est variable d'un individu à un autre et dépend essentiellement de sa vulnérabilité. Au niveau d'une population, il n'existe pas de consensus : cet âge dépend de la question abordée. En médecine, de nombreuses publications prennent l'âge de 65 ans ; l'expérience clinique montre que le seuil pourrait être plutôt placé à 75 ans.

Plusieurs études ont mis en exergue le nombre important de médicaments prescrits avec l'avancée en âge. A domicile, pour un sujet âgé de plus de 75 ans, la moyenne est de cinq médicaments différents. Les personnes séjournant dans les services de long séjour en consomment en moyenne plus de sept. En France, les personnes de plus de 65 ans prennent, dans 50% des cas, entre cinq et dix médicaments différents, ce qui représente sur le plan financier un coût d'environ 10% de la somme moyenne allouée pour la retraite. Dans une étude de suivi longitudinal réalisée chez des patients au domicile ou institutionnalisés, il a été démontré que, après 70 ans, 66% des sujets étaient traités par au moins un médicament potentiellement dangereux.

Toutefois, interrompre ou maintenir un traitement chez un patient âgé peut nous confronter à des choix difficiles tant sur le plan clinique qu'éthique.

Divers méthodes et outils existent, susceptibles de soutenir le médecin dans sa démarche. Ils ne peuvent néanmoins pas remplacer une démarche réflexive prenant en compte les représentations du patient à l'égard de sa santé et de sa fin de vie, ses besoins, ses craintes et ses choix.

Le coût : Chaque année en France, 130 000 personnes sont hospitalisées en raison d'un accident ou d'un malaise lié à la prise de médicament. Cela représente près de 1,2 millions de jours d'hospitalisation. Les 1,2 millions de journées d'hospitalisation liées à la prise de médicaments ont un coût estimé à 320 millions d'euros.

Le risque médicamenteux

- *Les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans qu'avant ; 10 à 20 % de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation. Entre 4 et 17 % des admissions des personnes de plus de 65 ans en milieu hospitalier sont liées à un effet indésirable d'un médicament. En outre, plus de 15 % des patients âgés hospitalisés présentent un effet indésirable lié à un traitement médicamenteux.*

- *Les analyses de pharmacovigilance ont montré que les principaux effets indésirables observés chez les personnes âgées sont les accidents cutanés, les accidents neuropsychiques (syndromes extrapyramidaux, confusion) les thrombopénies, les anomalies de la coagulation, les troubles cardiovasculaires (hypotension, troubles du rythme cardiaque), les troubles électrolytiques. Certains troubles sont fréquents et peuvent mener à des handicaps graves : troubles psychiques, chutes (causes de fracture du col fémoral).*

- *Les interactions médicamenteuses sont considérées comme responsables de 15 à 20 % des effets indésirables.*

- *On estime que 30 à 60 % des effets indésirables sont prévisibles et pourraient être évités par une meilleure gestion de l'ordonnance.*

- *Les causes des modifications des effets des médicaments chez les personnes âgées sont nombreuses :*

1/ modifications de l'absorption des médicaments liées à une augmentation du pH gastrique et à une diminution de la motilité gastro-intestinale.

2/ troubles de l'absorption liés à des anomalies de la muqueuse intestinale ou à d'éventuelles suites de chirurgie ;

3/ anomalies de la diffusion des médicaments en rapport avec des modifications de la composition corporelle ou une malnutrition ;

4/ modifications du métabolisme liées à d'éventuels troubles de la fonction hépatique

5/ diminution de l'élimination rénale liée à une baisse du flux rénal ou à l'altération de la fonction glomérulaire en fonction de l'âge.

- *Une cause médicamenteuse doit être systématiquement évoquée devant toute altération de l'état de santé d'une personne âgée (si l'explication n'est pas d'emblée évidente).*

Les outils

1. *Les nouvelles technologies réduisent de 30 à 80 % les événements indésirables médicamenteux : EIM (17)*
2. *La double vérification réduit de 70% les erreurs d'administration (17)*
3. *Le simple contrôle à toutes les étapes du circuit réduit de 80 % les EIM (17)*
4. *Le patient informé intercepte 2% des erreurs (17)*

Règle des 5B

Ces 5B représentent des objectifs à atteindre, pour lesquels des stratégies sont définies et mises en œuvre.



1/À quel moment, à quelle fréquence ? dans quelle(s) condition(s) : à jeun, en cours de repas, à broyer ou non... ?

2/ J'ai vérifié la prescription, l'étiquetage du médicament de manière attentive S'agit-il de la bonne prescription, s'agit-il du bon médicament, s'agit-il d'un générique ?

3/ la prescription indique-t-elle la voie ? le médicament prescrit concorde-t-il avec la voie spécifiée ? Est-elle adaptée à la situation clinique du patient ? si besoin, le médicament peut-il être écrasé ?

4/ J'ai vérifié la dose en fonction du poids, de sa fonction rénale et hépatique

5/ Est-ce que le dossier que j'ai en main correspond au bon patient ?

<http://www.has-sante.fr/guide/SITE/5B.htm>

Relation médecin / pharmacien

Une revue du traitement associée à une concertation individualisée permet une meilleure mise en œuvre de recommandations cliniquement pertinentes. Les surcoûts semblent couverts par les économies engendrées. L'efficacité s'amenuise avec le temps. Une revue des traitements des personnes âgées devrait donc être intégrée dans la collaboration habituelle entre médecins généralistes et pharmaciens.

<http://www.minerva-ebm.be/fr/article.asp?id=1478>

La consultation dédiée

Une consultation dédiée et structurée de prévention a-t-elle un intérêt ?

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.2_has_cs_iatro_291112_vf.pdf

http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/consultation_prevention_outil_informatique.pdf

Les listes thérapeutiques

La règle du STOPP and START

C'est un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée

La prescription médicamenteuse inappropriée (PMI) est définie par la prescription d'un médicament en l'absence d'indication démontrée; ayant un risque élevé d'effets indésirables (EI); ayant un rapport coût-efficacité et/ou bénéfice-risque défavorable.

L'outil, comme dans sa version originale, comporte 87 critères (65 critères STOPP; 22 critères START) ordonnés selon les principaux systèmes physiologiques (cardio-vasculaire, respiratoire, nerveux central, ...).

STOPP-START, dans son adaptation en langue française, apparaît comme un outil séduisant, logique, facile et rapide d'utilisation. Sa performance dans la prévention des effets indésirables directement liés à la PMI doit cependant encore être évaluée par une étude randomisée contrôlée.

Vous trouverez la liste complète sur le site ci joint

<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2095/2038>

Les autres listes thérapeutiques

A. La liste DE BEERS de 1991 mais :

Liste de médicaments inappropriés chez la personne âgée (1991, USA) .
Nombreux médicaments non enregistrés en Europe
Nombreux médicaments peu utilisés de nos jours (clonidine, méprobamate)
Médicaments utilisés en Europe non repris
Certains médicaments non totalement contre indiqués (oxybutinine, amiodarone, furadantine)

Une version de 2012 est consultable sur le site :

[http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCitati ons.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCriteriaCitati ons.pdf)

B. La liste LAROCHE en 2009 propose

Une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées :
intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française

<http://pirg.fr/wp-content/uploads/2011/02/Laroche-prescriptions-medic-t-inappropri%C3%A9es-PA-Laroche-Rev-Med-interne-2009.pdf>

C. Guides pratiques KORIAN :

LIVRET du médicament pour son bon usage chez la personne âgée
C'est un outil de travail quotidien, un support de formation, une aide puissante à la prescription « éclairée » dans la filière gériatrique.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Livret_Du_Medicament.pdf

D. Les listes OMEDIT :

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations
Thérapeutiques

OMEDIT ALSACE

Liste Préférentielle de Médicaments adaptés à la personne Agée en EHPAD
<file:///C:/Users/claude/Downloads/list-prefer-medic-PA-EHPAD.pdf>

OMEDIT CENTRE

Ce livret thérapeutique regroupe la liste des médicaments pouvant être prescrite chez le sujet âgé

http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique_OMeDIT-Centre.pdf

E. La liste de la FFGQ :

Le projet, conçu et initié par le promoteur, consiste à créer une liste de médicaments préférentiellement adaptés à la prescription chez les personnes âgées qui doit contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et au bon usage du médicament par une meilleure prescription des médecins de 1^{er} recours intégrés dans la démarche des groupes qualité.

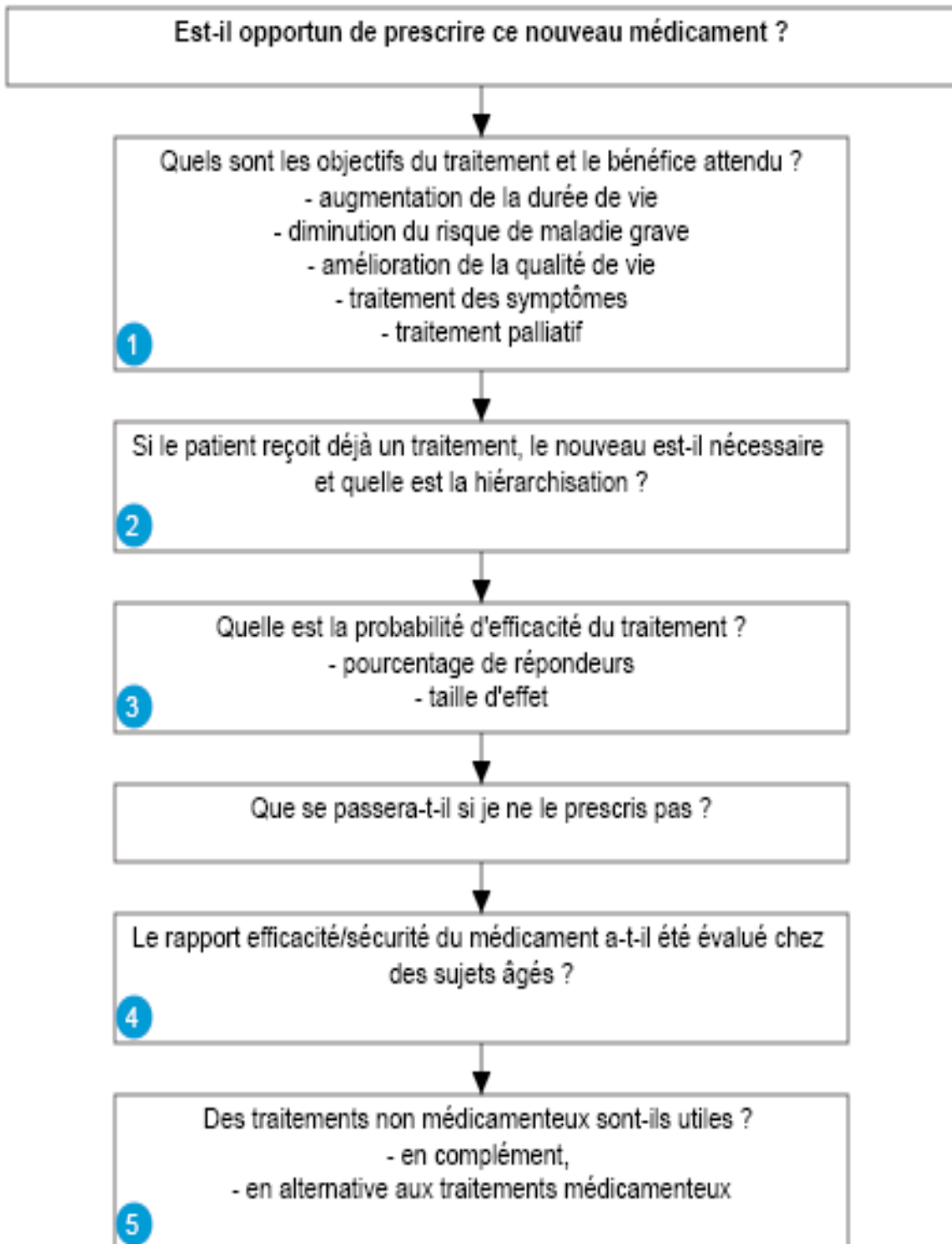
Le but est de tester et mesurer l'acceptabilité de la liste chez les médecins des groupes qualité dans deux régions ; puis quatre où les groupes qualité sont implantés. Dans le cadre de l'expérimentation des pharmaciens participeront aux travaux

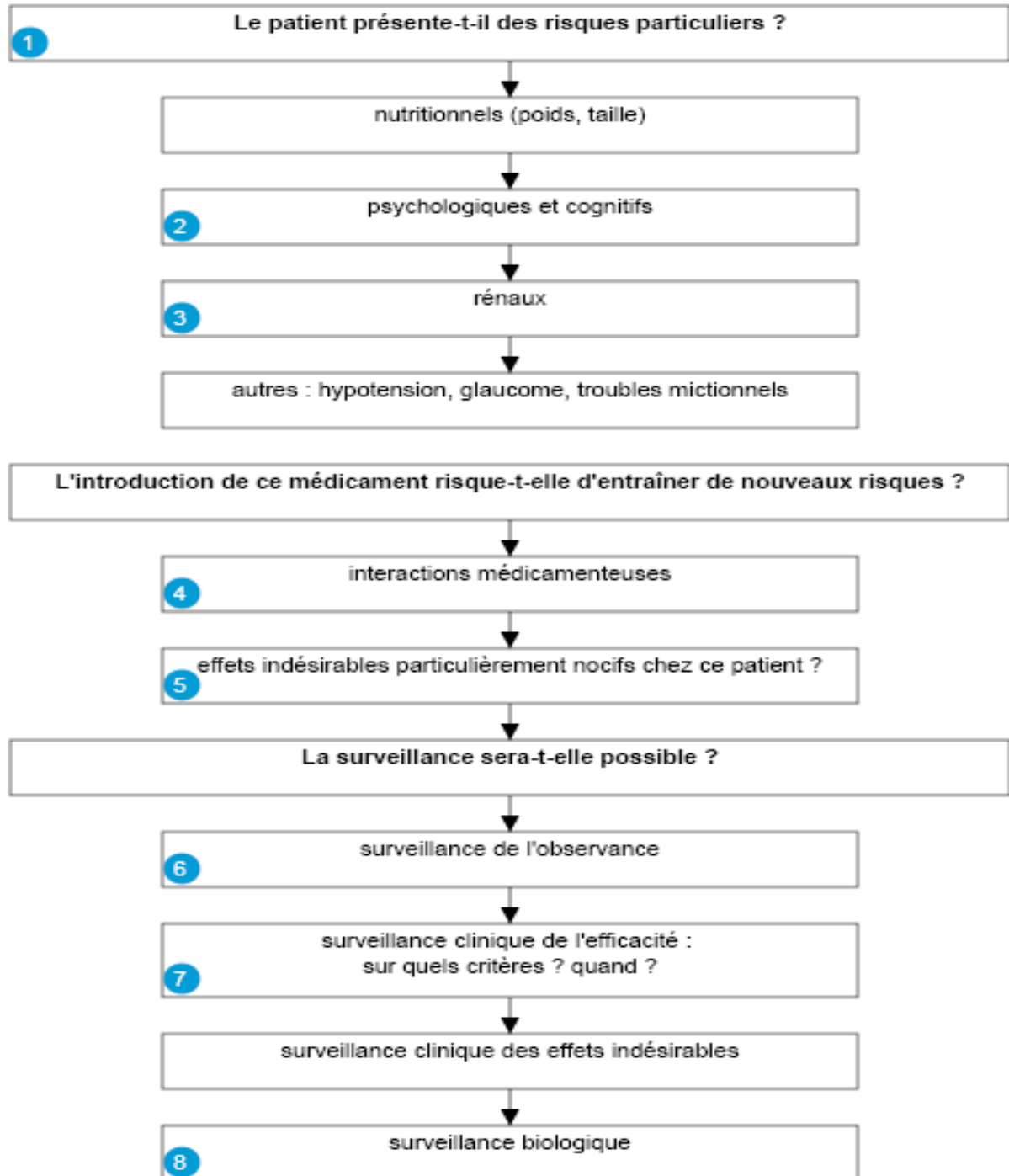
FINALEMENT

Le bon usage du médicament chez les personnes âgées est schématisé par 2 séries de question :

Avant toute prescription d'un nouveau médicament : est-il opportun de le prescrire ?

Le patient traité présente-t-il des risques particuliers ?





BIBLIOGRAPHIE

1. <http://urps-picardie.org/articlepublic/fichiers/431/Generalites.pdf>
2. [file:///C:/Users/claude/Downloads/1357824594Book-atrogenie-PA-08-01-2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claude/Downloads/1357824594Book-atrogenie-PA-08-01-2013%20(1).pdf)
3. <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie11/site/html/cours.pdf>
4. http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/11_polypathologie_medicaments.pdf
5. http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf
6. <http://www.minerva-ebm.be/articles/fr/2008/5-2008/70.pdf>
7. <http://www.chu-rouen.fr/page/polypharmacie>
8. <http://lemedecinquebec.org/Media/99746/053-058dreMonette1208.pdf>
9. <http://espacecancer.sante-ra.fr/oncogeriatric/Ressources/recommandations/Liste-medicaments-inappropriés%20LAROCHÉ.pdf>
10. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf
11. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.2_has_cs_iatro_291112_vf.pdf
12. <http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/conferences/2010/Mont-Godinne-03-10/Mouzon-optimalization-prescription-geriatrie-03-10.pdf>
13. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/73/84/91/PDF/2012GRE17041_rey_lydie_1_D_.pdf
14. <http://epublications.unilim.fr/theses/2007/laroche-marie-laure/laroche-marie-laure.pdf>
15. www.has-sante.fr/guide/SITE/5b.htm
16. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf

17. <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2095/2038>
18. <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCitations.pdf>
19. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
20. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.2_has_cs_iatro_291112_vf.pdf
21. [http://internes.chu-bordeaux.fr/Guide-de-pratique-clinique/Medicaments/Manuel-bonnes-pratiques-presc-med-\(mai-2014\)/](http://internes.chu-bordeaux.fr/Guide-de-pratique-clinique/Medicaments/Manuel-bonnes-pratiques-presc-med-(mai-2014)/)
22. http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/consultation_prevention_outil_informatique.pdf
23. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/73/12/94/PDF/2012GRE15061_charvet-cabaret_maud_1_D_.pdf
24. http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2194/5341.pdf

Mode de travail pour les groupes qualité

Une grille d'évaluation des prescriptions pourrait être créée par les médecins des groupes qualité du type : GRILLE MAI (Medication Appropriateness Index)

- 1/ INDICATION : le médicament prescrit a-t-il l'AMM dans cette indication ?
- 2/ EFFICACITE : Le médicament est-t-il reconnu efficace pour cette indication?
- 3/ POSOLOGIE : La posologie sur 24H est-elle adéquate ?
- 4/ LA CHRONOLOGIE SUR 24h : les consignes de prise sont clairement indiquées ?
- 5/ INTERACTION : Existe-t-il des interactions médicamenteuses ?
- 6/ CONTRE INDICATION : Existe-t-il des contre-indications ?
- 7/ DUREE : La durée du traitement est-elle indiquée ?

D'autres éléments peuvent être rajoutés comme le coût, la forme galénique, la duplication avec un autre médicament de l'ordonnance, le fait que ce traitement soit utilisé pour prévenir l'effet adverse d'un autre produit etc...

Le recueil se fait à partir des ordonnances de patients à risques (plus de 75 ans ou 65 ans poly pathologiques) avec plus de 5 médicaments sur une même ordonnance

Une 2^e grille peut être remplie quelques mois après afin de constituer une séance de DPC.