



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude des pratiques professionnelles portant sur la prescription  
médicamenteuse des personnes âgées**

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2017 à 18h  
Au Pôle Formation  
**Par Julien Hannebicque**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE**

**Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN**

**Monsieur le Docteur André KASTELIK**

**Monsieur le Professeur Régis BORDET**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

---

# Table des matières

1	Introduction :.....	5
2	Synthèse bibliographique .....	6
2.1	Définition :.....	6
2.1.1	Le sujet âgé.....	6
2.1.2	Iatrogénie médicamenteuse : .....	7
2.1.3	La polymédication : .....	7
2.1.4	L'évaluation des pratiques professionnelle (EPP) : .....	7
2.2	La prescription médicamenteuse, un enjeu de santé publique : .....	8
2.3	Médicaments et iatrogénie chez le sujet âgé .....	9
2.3.1	Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement.....	9
2.3.2	La polymédication : .....	11
2.3.3	Les principales classes thérapeutiques responsables d'effets indésirables :.....	13
2.4	Limiter la iatrogénie.....	14
3	Matériel et méthodes .....	17
3.1	Présentation du Projet .....	17
3.2	Sélection des dossiers patients .....	18
3.3	Recueil des données .....	19
3.4	Evaluation des dossiers patients.....	21
3.5	L'analyse statistique.....	22
4	Résultats .....	23
4.1	Caractéristiques générales de la population .....	23
4.2	Analyse du traitement d'entrée .....	25
4.3	Analyse de l'ordonnance de sortie ou du courrier de sortie : .....	26
4.4	Analyse du compte rendu d'hospitalisation.....	27
4.5	Analyse de la prescription de médicaments inappropriés .....	28
5	Discussion .....	29
5.1	Points forts.....	30
5.1.1	Les psychotropes .....	30
5.1.2	Les AINS : .....	32

5.1.3	Les vasodilatateurs cérébraux :.....	32
5.1.4	Les médicaments dont l'association est contre-indiquée .....	33
5.1.5	Les médicaments dont l'association est illogique .....	33
5.1.6	Les médicaments inappropriés.....	34
5.2	Points faibles malgré les progrès constatés.....	34
5.2.1	Tenue du dossier patient.....	34
5.2.2	Précision de la posologie et de la répartition dans la journée de chaque médicament. 35	
5.2.3	Indication de la clairance de la créatinine et du poids .....	36
5.3	Les voies d'améliorations possibles.....	36
5.3.1	Explication des changements thérapeutiques dans le compte-rendu d'hospitalisation 36	
5.3.2	Structuration de la lettre ou ordonnance de sortie par domaine pathologique .....	37
5.4	Force et faiblesses.....	38
6	Conclusion :.....	39
7	Bibliographie :.....	40
8	Annexes : .....	43

# **1 Introduction :**

Le vieillissement de la population combiné avec la progression de l'espérance de vie vont contribuer dans les prochaines années à l'accroissement inexorable du nombre de personnes âgées. En 2016 la France métropolitaine compte environ 6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, soit 9,3% (1). Selon les projections de l'Institut national statistique et des études économiques (INSEE), en 2040, en France, cette part démographique dès plus de 75 ans, devrait dépasser les 10 millions, soit 14,7% (2).

L'âge et la polyopathie conduisent à la polymédication, ce qui majore les risques de iatrogénie médicamenteuse et d'inobservance. L'impact sanitaire des événements indésirables liés à la polymédication chez le sujet âgé, en fait une des priorités de santé publique en raison de leur gravité, et de leur fréquence.

L'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Comme en témoigne la Haute Autorité de Santé (HAS), par une publication récente sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée (4). La HAS a mis en place des recommandations concernant la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées.

En vue de la visite de certification de 2010, le pôle de Gériatrie et le service de pharmacologie du CHRU de Lille avec l'appui de la délégation de la qualité des soins ont mis en place une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés. Ce premier travail a permis de faire un état des lieux, et de mettre en évidence les pratiques à améliorer.

Une seconde étude reprenant la même méthode fera l'objet de ce travail de thèse. Ce dernier aura pour but d'évaluer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées au sein du CHRU de Lille au cours de ces dernières années.

# **2 Synthèse bibliographique**

## **2.1 Définition :**

### **2.1.1 Le sujet âgé**

Le sujet âgé est défini par plusieurs critères, qui sont basés sur l'âge, l'autonomie et le statut social.

Le dictionnaire Larousse décrit la vieillesse comme la troisième partie de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte. La frontière entre âge adulte et vieillesse est franchie au cours de la sixième décennie, selon la définition sociale la plus courante qui utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle. La vieillesse est définie plutôt négativement comme « la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions », « une diminution des forces physiques et le fléchissement des capacités mentales ». (5)

L'INSEE classe la population par 3 groupes selon l'âge : « moins de 20ans » « 20 à 59 ans » « 60 ans et plus », et un sous-groupe : « 75 ans et plus ». (1)

Selon l'OMS, toute personne âgée de 65 ans ou plus est âgée.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits sanitaires (ANSM), les sujets âgés peuvent être définis comme étant les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et polypathologiques.

En gériatrie, l'âge civil n'est pas le critère le plus important. La polypathologie et la fragilité sont des critères plus pertinents que l'âge en soi.

Pour la lisibilité de la Gériatrie et la compréhension de ce que cette discipline peut apporter de plus qu'un service de médecine interne ou de médecine polyvalente traditionnelle, il est important de bien définir les critères d'admission ? des patients : nous définirons le concept personne âgé selon les critères suivants ?

- Âgés de plus de 75 ans voire 80 ans
- Présentant une ou plusieurs maladies chroniques (AC/FA, HTA, diabète, AOMI, diverticulose sigmoïdienne...), des troubles cognitifs ou une polymédication
- Présentant une fragilité définie par un grand âge, une perte de poids, un ralentissement de la marche, une asthénie, une diminution de l'activité physique. (5)

### **2.1.2 Iatrogénie médicamenteuse :**

L'OMS décrit la iatrogénie médicamenteuse comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ». Cette définition exclut l'intoxication volontaire ou accidentelle de même que l'abus d'un médicament. Les manifestations cliniques des effets indésirables médicamenteux sont multiples : confusion, chutes, hémorragies (devant tout nouveau symptôme, penser médicaments).

### **2.1.3 La polymédication :**

Il n'existe pas de consensus sur la définition de la polymédication. L'OMS définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments ».

Il existe une référence qualitative, qui est définie comme l'utilisation d'un nombre plus élevé de médicaments que celui cliniquement indiqué (6) et une approche quantitative définie par plus de 5 médicaments (7). Dans le MESH (Medical Subject Headings Definition) elle correspond au mot clé : Multiple Drug Administration.

### **2.1.4 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :**

L'EPP est une étude qui analyse une pratique professionnelle en référence à des recommandations professionnelles déterminées élaborées ou validées par la HAS.

## 2.2 La prescription médicamenteuse, un enjeu de santé publique :

Le Leem (Les entreprises du médicament) a présenté une campagne de sensibilisation et un programme de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes les plus âgées. Ce programme s'inscrit dans le cadre des mesures de lutte contre la iatrogénie définies par le ministère de la santé lors de la fixation de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) 2015 (9). L'Institut français des seniors a réalisé, pour le Leem, une enquête par questionnaire auprès de 3 173 personnes de plus de 50 ans sur leur consommation de médicaments.

Cette enquête menée en mars 2015 a conclu sans surprise, que plus l'âge avance, plus les prises de médicaments de prescription se multiplient, prises auxquelles s'ajoutent des produits d'automédication ou de conseil. Cette consommation expose à des risques dont la plupart des utilisateurs sont conscients et se disent prêts à tenter de les minimiser, avec l'aide des professionnels.

### Quelques chiffres :

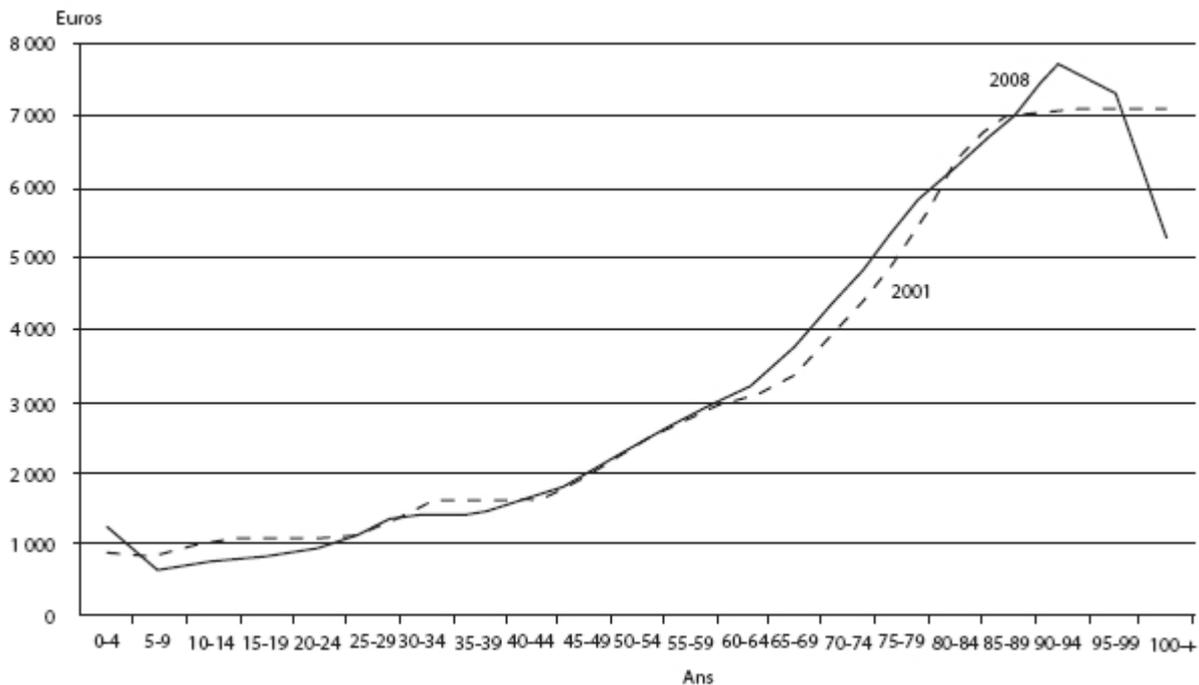
La iatrogénie médicamenteuse est responsable de :

- de 128 000 hospitalisations/an. Pourtant, plus du quart de ces cas (28 %) sont jugés évitables (3).
- 20 % des visites aux urgences,
- 5 à 10 % des hospitalisations,
- 60 à 80 % des réadmissions après un séjour hospitalier. (?)

Selon la HAS : « 10 % des assurés consomment 47 % de médicaments remboursés. 30 % de la consommation totale de médicaments est le fait de 5 % des assurés. Il s'agit, pour l'essentiel, de personnes en affection de longue durée (ALD) et de personnes âgées, ces deux catégories se recoupant pour l'essentiel ». (10)

D'après l'ANSM, la iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique très élevé chez le sujet âgé. Les dépenses de médicaments sont estimées à 33,5 mds €, dont 90 % pour des médicaments remboursables. Une consommation par personne 22 % supérieure à la moyenne européenne. (10)

Les courbes ci-après montrent les dépenses médicales par habitant en 2001 et 2008 en fonction de l'âge. (11)



## 2.3 Médicaments et iatrogénie chez le sujet âgé

### 2.3.1 Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement

Les modifications physiologiques et pathologiques liées au vieillissement fragilisent les sujets âgés, ce qui les rend plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments. Il existe deux composantes pharmacologiques à distinguer la pharmacocinétique et la pharmacodynamique.

Concernant la pharmacocinétique, elle a pour but d'étudier le devenir d'un médicament dans l'organisme, les différents paramètres qui constituent la pharmacocinétique sont l'absorption, la distribution, la métabolisation et l'élimination.

- L'absorption est globalement diminuée par le vieillissement. Lors d'une prise médicamenteuse par voie orale, le délai d'absorption est prolongé qui entraîne un retard à la résorption, dû à plusieurs mécanismes dont le principal étant l'atrophie tissulaire du tube digestif. Par voie musculaire, la résorption est aussi prolongée par l'atrophie des muscles. En sous-cutanée, la vascularisation n'est pas épargnée.
- La distribution est aussi altérée. Chez le sujet âgé, l'organisme contient beaucoup moins d'eau et de masse musculaire, en contrepartie la masse grasseuse augmente. Par conséquent, un risque de surdosage est à noter pour les médicaments hydrosolubles (exemple le PARACETAMOL), et un risque d'accumulation pour les médicaments

lipophiles qui auront tendance à être stockés puis libérés. La dénutrition et l'insuffisance rénale conduisent à une hypoprotidémie (principalement une diminution de l'albumine), ce qui contribue à augmenter la fraction libre du médicament, et d'augmenter le risque de surdosage (les AVK sont un bon exemple).

- Le métabolisme hépatique est aussi modifié, il n'y a pas d'altération du tissu hépatique, mais une diminution de débit sanguin hépatique, ce qui va entraîner un ralentissement de ce métabolisme, une diminution de la clairance hépatique et donc un risque de toxicité. Chez les sujets âgés, il est important d'utiliser avec précautions les médicaments qui ont un fort coefficient d'extraction hépatique (inhibiteurs calciques, bêta bloquants lipophiles, opiacés)
- L'élimination rénale est altérée par l'atrophie du tissu, mais aussi par la diminution du débit sanguin, ce qui conduit à une augmentation de la demi-vie, et une diminution de la clairance plasmatique. La posologie des médicaments à élimination rénale doit être adaptée au débit de filtration glomérulaire (exemple : certains antibiotiques, IEC, sulfamides...). D'où l'importance chez les personnes âgées d'évaluer la fonction rénale par la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault). (12)

Concernant la pharmacodynamie, qui a pour but de décrire l'action du médicament sur l'organisme (mécanisme beaucoup moins connu). Le vieillissement a aussi un impact à prendre en compte, il modifie la sensibilité, le nombre de récepteurs, et les mécanismes de contre régulation. Ces modifications vont aussi bien dans la diminution ou l'augmentation de l'activité du médicament. Par exemple au niveau du cœur, le vieillissement du tissu nodal entraîne une plus grande sensibilité à certains médicaments, ce qui provoque un risque accru de trouble de la conduction. L'effet est similaire sur les barorécepteurs agissant sur le système nerveux autonome, qui engendre un risque d'hypotension orthostatique, qui est un facteur de risque de chute important chez les personnes âgées. Les troubles de l'équilibre peuvent être induits par les benzodiazépines et les antipsychotiques. Au niveau du système nerveux central, il existe une modification de la neurotransmission et particulièrement cholinergique, qui réduit le seuil de délire avec les anticholinergiques.

### **2.3.2 La polymédication :**

Concernant la consommation de médicament par jour chez les sujets âgés de plus de 75 ans, les chiffres de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) montrent une médiane à 3,7 médicaments par jour, 10% des sujets âgés consomment plus de 10 médicaments par jour. D'autres études montrent des chiffres moins rassurants comme par exemple, celle de Beuscart et al. faite à partir des données de l'Assurance maladie en région Nord Pas-de-Calais, ces auteurs constataient que 35 % des sujets âgés se voyaient prescrire en trois mois de temps plus de 10 médicaments, avec une médiane à 8,3 médicaments pour l'ensemble de la population.

L'état de santé est le premier déterminant de la consommation médicamenteuse des personnes âgées. La polyopathie causée principalement par les pathologies chroniques, a pour conséquence cette polymédication.

#### La polymédication conduit à plusieurs effets :

- augmentation des effets indésirables,
- augmentation des interactions médicamenteuses
- diminution de l'observance
- diminution des effets bénéfiques.

La polymédication et la polyopathie rendent les sujets âgés fragiles, ce qui les exclut des essais cliniques, les recommandations sont très peu nombreuses chez les sujets âgés. Il y a donc un manque certain de connaissance concernant la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés.

#### Trois mécanismes principaux sont à l'origine de la iatrogénie médicamenteuse :

- le manque de coordination entre prescripteurs/secteurs soin-domicile,
- le manque d'information et de formation des patients (éducation)
- les prescriptions sous-optimales.

Plusieurs modalités de prescription sous-optimale chez le sujet âgé ont été décrites (Cf ANNEXE 1) :

- L'excès de traitement (overuse) concerne la prescription de médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée.
- La prescription inappropriée (misuse) est définie par le fait que le risque du médicament dépasse le bénéfice escompté.
- L'insuffisance de traitement (underuse) se définit par l'absence de prescription de médicaments ayant prouvé leur efficacité. (3)

Concernant la prescription inappropriée, il existe plusieurs listes comportant les médicaments inappropriés :

- En France, la liste de Laroche (2007) (13).
- En Europe, START et STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) (14).
- Au Canada, les critères de McLeod (1997), IPET (Improving Prescribing in the Elderly Tool) (Naugler 2000) (15)
- Aux États-Unis, les critères de Beers (1991, 1997, 2003, 2015) et de Zhan (2001). (16) et (17)

Les outils ACOVE (Assessing Care of the Vulnerable Elder), MAI, START & STOPP évaluent la qualité et la sécurité de la prescription de médicaments (Cf ANNEXE 2). Ces outils standardisés permettent :

- de quantifier la prévalence et la nature des prescriptions sous optimales chez des patients âgés en soins ambulatoires ou hospitaliers,
- d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients
- de réduire la iatrogénie et le recours aux soins.

### **2.3.3 Les principales classes thérapeutiques responsables d'effets indésirables :**

Une étude américaine réalisée en 2003 sur une population de plus de 30000 patients, a répertorié les classes thérapeutiques les plus incriminées dans l'apparition des effets indésirables. Cette étude a comptabilisée 1523 effets indésirables dont 38 % grave sur une période d'un an. De manière générale, les médicaments à visée cardiovasculaire sont les plus fréquents, viennent ensuite les diurétiques, les psychotropes, les anticoagulants, les antalgiques et AINS. (18)

Une autre étude anglaise, portant sur la iatrogénie, prospective, sur 18820 admissions consécutives de l'adulte permet une estimation plus fiable du poids de la iatrogénie. 5,2% des admissions hospitalières étaient directement liées à un accident iatrogénique ; l'âge moyen des sujets admis pour iatrogénie était de 76 ans (versus 66ans pour tous les sujets admis pour une autre raison) ; des interactions dangereuses étaient retrouvées dans 16,6% des cas ; les médicaments les plus incriminés étaient les AINS (l'acide acétyl-salicylique en chef de file, même à faible dose), les diurétiques et la coumadine. 70% des accidents étaient potentiellement ou certainement évitables. (19)

La prescription des psychotropes concerne essentiellement les anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs. La consommation de ces psychotropes est importante chez les sujets âgés. Pour la plupart, cette consommation est chronique et sur le long terme. Alors que de nombreuses études scientifiques prouvent qu'il existe des risques de chutes, de troubles cognitifs, et d'hospitalisations liés à cette consommation de psychotropes au long cours, d'autant plus toxique que si la demi-vie de ces molécules est longue. (20)

Selon les données INSERM 2010, la France se situe en 2ème position pour les hypnotiques après la Belgique et en 4ème position pour les anxiolytiques (21). De plus en France, une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes (22). Il s'agit majoritairement de femmes, puisque 2/3 des consommateurs sont des femmes (23).

## 2.4 Limiter la iatrogénie

Pour limiter la iatrogénie médicamenteuse, la HAS propose une approche pluriprofessionnelle où chacun a son rôle. Le protocole pluriprofessionnel peut être élaboré localement sur la base des étapes décrites ci-après et des ressources disponibles sur le territoire.

Repérer les patients à risque d'effets indésirables médicamenteux (EIM). Ce repérage repose sur des critères simples et sur l'avis du médecin (cf ANNEXE 3).

Chez les patients à risque, une revue des maladies et des médicaments doit être effectuée à l'initiative du médecin. Elle doit être répétée en cas d'alerte, de changements thérapeutiques ou de transition hôpital-domicile. Cette analyse suit les étapes suivantes et fait référence au programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Il faut ensuite établir la liste complète et actualisée des médicaments pris, ou arrêtés, y compris en automédication, et les analyser. Cette liste peut être difficile à établir en raison de l'existence de plusieurs prescripteurs et de l'absence de dossier médical partagé par les prescripteurs et les équipes de soins. Par ailleurs, la personne âgée peut ne plus être en mesure de faire le lien entre les prescripteurs ou de fournir un état complet et exact des traitements en cours. L'analyse recherche les redondances ou les interactions médicamenteuses, les prescriptions sans indications robustes : plus de 2 psychotropes, plus de 3 antihypertenseurs, collyres... Elle vérifie que les doses sont adaptées à l'âge et à la fonction rénale et que les durées de prescription sont conformes : inhibiteurs de la pompe à protons, benzodiazépines, antidépresseurs, antiagrégants, statines... La consultation du compte AMELI, du dossier pharmaceutique, l'avis du pharmacien ou le bilan de soins infirmiers peuvent compléter utilement l'analyse du médecin.

La démarche suivante est de faire correspondre la liste des médicaments avec une liste des maladies à traiter. S'assurer de la qualité des diagnostics et hiérarchiser les maladies à traiter avant de revoir la prise en charge médicamenteuse (cf ANNEXE 4).

Cette nouvelle stratégie thérapeutique vise donc à optimiser les diagnostics et les thérapeutiques en prenant en compte les données relatives au patient : autonomie, environnement, espérance de vie, qualité de vie, préférences du malade, sa capacité à gérer ses maladies et médicaments. Au terme de cette analyse, les questions de stratégie thérapeutique ne sont pas rares. Le recours à l'expertise gériatrique et les échanges avec les autres prescripteurs peuvent aider à la décision. Il est possible de :

- Supprimer, avec l'assentiment du patient, les médicaments inefficaces ou non indiqués (réduction du risque iatrogène indu).

- Repérer et corriger les sous-traitements, vérifier que les médicaments retenus sont prescrits à doses efficaces (antidépresseurs, antalgiques de palier).
- Envisager des alternatives non médicamenteuses. Le médecin traitant peut s'appuyer sur cette revue des médicaments pour mieux informer le patient, le pharmacien et ses correspondants des risques d'EIM, de la nécessité de revoir la stratégie thérapeutique.

D'autres mesures de la HAS ont été mises en place, notamment chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), trois stratégies thérapeutiques globales sur les thèmes de la polymédication, de la dépression et des chutes ont montré une efficacité potentielle de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les résultats des soins ou le recours aux soins.

- Programme multifacettes « Omage » poly pathologie/polymédication ;
- Intervention multifactorielle de prévention des chutes ;
- Modèle de soins collaboratifs dans la dépression.

Le programme OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets ÂGÉs), en fonction de la polypathologie et de la polymédication. Il a pour finalité de réduire le risque iatrogène médicamenteux et le risque de réhospitalisation, en renforçant la communication avec le médecin traitant, éducation du patient et/ou de son entourage. L'éducation débutée à l'hôpital doit être poursuivie en ambulatoire. (Cf ANNEXE 5)

#### Ce qu'il faut éviter :

- Négliger les problèmes associés aux médicaments (=PAM) ou un effet indésirable médicamenteux (=EIM) car le risque de récurrence est important.
- Réviser les prescriptions médicamenteuses de manière décontextualisée sans référence aux maladies, ni aux possibilités et aux préférences du patient.
- Prescrire de façon manuscrite que ce soit en soins ambulatoires, en consultation hospitalière ou en sortie d'hospitalisation, car ces prescriptions peuvent être des sources d'erreurs (lisibilité).
- Négliger de penser à une cause médicamenteuse chez un patient âgé qui présente un nouveau symptôme ou une nouvelle plainte (ex. : fatigue inhabituelle, confusion, malaise, chutes).
- Maintenir une prescription redondante, contre indiquée ou à risque parce qu'elle a été effectuée par un autre médecin : toute prescription engage la responsabilité de celui qui renouvelle le traitement.

- Ne pas se concerter avec les autres soignants (dont les spécialistes d'organe concernés) en cas de doute sur le rapport bénéfice/risque d'un traitement.
- Négliger d'évaluer et de renforcer les compétences du patient pour gérer son traitement.
- Négliger l'apport du conseil pharmaceutique sur la gestion des médicaments par le patient.

Sur les 8 dernières années, des études de bonne qualité montrent l'efficacité des interventions multifacettes avec une réduction des problèmes liés aux médicaments. Ces interventions multifacettes placent le patient et son environnement au centre de l'intervention ; elles vont au-delà d'une analyse ponctuelle de la liste des médicaments en proposant une information et des modalités de suivi et de surveillance des traitements adaptées au patient. (24)

# **3 Matériel et méthodes**

## **3.1 Présentation du Projet**

La certification a eu pour but d'évaluer la qualité des prestations d'un établissement de santé. Dans la version de 2010, un des critères était la « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ». Dans le cadre de la certification du CHRU de Lille, le pôle de gériatrie et le service de pharmacovigilance avec l'appui de la délégation de la qualité des soins, a mis en place un audit sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés. Ce travail a été réalisé par les soins du Dr MANGEARD et a fait l'objet d'un travail de thèse. Ce travail a été intitulé « Evaluation des pratiques professionnelles portant sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé au CHRU de Lille ». Il a porté sur l'étude rétrospective de 100 dossiers tirés au sort de patients âgés d'au moins 75 ans, hospitalisés dans les 9 services du CHRU de Lille ayant accueilli le plus grand nombre de personnes âgées au cours de l'année 2009-2010. Les 100 dossiers patients retenus pour ce premier audit ont été étudiés à l'aide d'une grille d'évaluation, évaluant le contenu du dossier, de l'ordonnance de sortie, et du compte rendu-d'hospitalisation.

Ce premier travail a permis de mettre en évidence certaines bonnes pratiques de prescription médicamenteuse :

- Peu de prescription d'AINS
- Peu de prescription de vasodilatateurs cérébraux
- Peu d'associations médicamenteuses contre-indiquées ou illogiques,

Mais aussi de faire paraître des faiblesses :

- Prescription importante de psychotropes
- Faible traçabilité de la clairance de la créatinine
- Faible traçabilité du poids du patient.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer les progrès réalisés dans l'usage des médicaments chez la personne âgée, en utilisant les critères proposés par la HAS pour le critère 20B de la certification et en identifiant les prescriptions potentiellement inappropriées.

## 3.2 Sélection des dossiers patients

Afin de permettre la comparaison des deux études, la méthodologie employée pour cette étude a été la même que pour l'étude de 2010 à quelques détails près. Comme pour la première étude, 100 dossiers patients ont été sélectionnés au hasard, avec l'aide du département d'information médicale.

Les critères d'inclusions étaient semblables à la première étude :

- Patients âgés d'au moins 75 ans
- Patients ayant séjourné en 2016 dans l'un des 10 services d'hospitalisation retenus lors de la première étude.
- Patients hospitalisés pour un minimum de 3 jours.

Un seul critère d'exclusion a été retenu :

- Patients décédés au cours de l'hospitalisation (critère non retenu lors de la première étude).

Les 10 services pour les deux études, étaient les services qui ont accueilli en moyenne le plus grand nombre de personnes âgés de + 75 ans en 2010 :

- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie plastique et reconstructrice
- Urologie
- Maladie du sang
- Chirurgie digestive et vasculaire
- Néphrologie
- CCV
- Neurologie
- Court Séjour gériatrique
- Ophtalmologie

### 3.3 Recueil des données

A l'aide des secrétariats et archivistes de chaque service, j'ai pu consulter les dossiers patients (dossier médical, paramédical, comptes rendu d'hospitalisation, courriers de sortie, ordonnances de sortie).

A chaque consultation d'un dossier patient, les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche « patient », détaillant les critères de la HAS énoncés dans le programme PMSA « prescription médicamenteuse chez le sujet âgé lors d'une hospitalisation » (25). Les données recueillies ont été les suivantes :

- service
- numéro de dossier
- sexe
- âge
- date d'entrée
- date de sortie
- destination à la sortie
- traitement d'entrée
- présence d'une lettre ou ordonnance de sortie dans le dossier

Si présents, ont-ils été remis au patient à sa sortie ?

- Présence de médicaments inappropriés ? Si oui, lesquels ?

Les grilles d'évaluation retenues pour l'évaluation des prescriptions étaient les suivantes. Parmi les critères proposés par la HAS, les critères 12 et 13 n'ont pas retenus car la fiabilité des réponses pouvant être obtenues a été jugé insuffisante.

<b>Concernant le traitement d'entrée...</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Critère 2 : Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses		
Critère 3 : Ne comprend pas plus de 1 AINS		
Critère 4 : Ne comprend pas plus de 1 BZD		
Critère 5 : Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux		
Critère 6 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée		
Critère 7 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (Ex : anticholinergiques – anticholinestérasiques)		
Critère 11 : Précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament		

<b>Concernant la lettre de sortie ou ordonnance de sortie...</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Critère 1 : est structurée par domaine pathologique		
Critère 2 : Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses		
Critère 3 : Ne comprend pas plus de 1 AINS		
Critère 4 : Ne comprend pas plus de 1 BZD		
Critère 5 : Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux		
Critère 6 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée		
Critère 7 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (Ex : anticholinergiques – anticholinestérasiques)		
Critère 8 : indique la clairance de la créatinine		

Critère 9 : indique le poids du patient		
Critère 10 : précise la durée de prise pour chaque médicament		
Critère 11 : Précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament		
Critère 12 : Adapte la galénique aux capacités de prise du patient	Non retenu	
<b>Concernant le compte-rendu de fin d'hospitalisation...</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Critère 8 : indique la clairance de la créatinine		
Critère 9 : indique le poids du patient		
Critère 13 : est adressé au médecin traitant sous 8 jours suivant la sortie	Non retenu	
Critère 14 : explique les modifications de traitement le cas échéant		

L'argumentaire de la HAS justifiant la pertinence de chaque critère est présenté en Annexe 6

### 3.4 Evaluation des dossiers patients

L'évaluation des dossiers patients ont été réalisé par moi-même, à l'aide de ces fiches « patient », chaque critère satisfait était coté « oui », et chaque critère non satisfait était coté « non ».

Les critères 12 et 13 n'ont pas évalué. Il était très difficile par moi-même de s'assurer de recueillir les bonnes informations.

Comme pour la première EPP, La liste de Laroche (13) a été retenue pour déterminer les médicaments inappropriés, qui est fréquemment employée comme un guide de prescription médicamenteuse en gériatrie dans les situations cliniques courantes. Celle-ci a été légèrement simplifiée par le groupe de travail, en accord avec le COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), pour faciliter l'évaluation.

### 3.5 L'analyse statistique

L'ensemble de l'analyse statistique a été réalisée avec de l'unité d'épidémiologie et de recherche clinique du CH Arras.

Nous avons réalisé une étude descriptive des caractéristiques des deux populations incluses en 2009-10 et 2016. Ensuite nous avons comparé les critères de qualités observées en 2009-10 et en 2016. Ces derniers étaient représentés par des variables qualitatives binaires. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées à l'aide du test du Chi-deux. Lorsque ce dernier n'était applicable, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Le seuil de signification était fixé à 5%.

Le degré de signification était indiqué dans les tables de la manière suivante :  
\* :  $p < 0.05$ ; \*\* :  $p < 0.01$ ; \*\*\* :  $p < 0.001$ ; \*\*\*\* :  $p < 0.0001$ .

# 4 Résultats

## 4.1 Caractéristiques générales de la population

Les différents chefs de service concernés pour l'étude ont tous donné leur accord sauf le chef de service d'Ophtalmologie, réduisant le nombre de patients pour cette étude à 90. Au total, 88 dossiers patients ont été consultés, 2 dossiers n'étant pas retrouvés. Parmi ces 88 dossiers, deux ont été sélectionnés deux fois à l'occasion de deux hospitalisations différentes.

La population comprend donc au total 86 patients.

### La répartition de la population en fonction de l'âge :

La moyenne d'âge était de 82,7 ans, le patient le plus jeune avait 75ans, et le plus âgé 94 ans, la médiane se situait à 82.

L'âge était reparti de la façon suivante :

- 25% des patients avaient un âge compris entre 75 et 78 ans
- 25% entre 78 et 82 ans
- 25% entre 82 et 86 ans
- 25% entre 86 et 94 ans

Tableau 1 présente les données d'âge dans les populations des deux études.

	2009-10	2016
Moyenne	81.4	82,7
Médiane	80	82
+ jeune	76	75
+ âgé	95	94
25% + âgé	> 84	> 86

Tableau 1 : comparatif en fonction de l'âge (en année) des 2 populations étudiées lors des deux audits.

### **La répartition de la population en fonction du sexe :**

Comme le montre le tableau 2, le nombre d'hommes était de 50, et le nombre de femme était de 36. Le ratio hommes/femmes est plus élevé lors de cette nouvelle EPP, mais non significatif ( $p=0,4$ ).

	2009-10	2016
Femme	49 %	42 %
Homme	51 %	58 %

Tableau 2 : comparatif en fonction du sexe des 2 populations étudiées

### **La destination des patients à la sortie de l'hospitalisation :**

90 % des patients sont retournés à domicile, 10 % ont été transférés. Ce résultat est proche de la signification ( $p=0,048$ )

	2009-10	2016
Domicile	79%	90%
Transfert	15%	10%
Décès	6%	exclu de l'étude

Tableau 3 : comparatif des 2 populations étudiées, portant sur la destination des patients à leur sortie d'hospitalisation.

## 4.2 Analyse du traitement d'entrée

Le traitement d'entrée était renseigné dans 87 dossiers, soit 98,8%. Contre 90% lors de la première étude.

L'analyse des différents critères concernant le traitement d'entrée, résumée dans le tableau 4, a donné les principaux résultats suivants (critères satisfaits) :

- Lors de la première étude les critères 2 à 7 étaient très largement satisfaits (entre 91 et 100%). La seconde étude a retrouvé des résultats superposables (entre 90 et 100), à noter que les critères 3,5 et 6 étaient entièrement satisfaits (100%).
- Lors de la première étude, les critères 11a et 11b obtenaient un taux de satisfaction beaucoup plus bas (respectivement 19 et 11%), cette seconde étude a montré des résultats en amélioration (respectivement 43% et 27%) mais encore trop bas, pour qualifier ces critères de satisfaits.

### Rappel des critères :

Critère 2 : Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses

Critère 3 : Ne comprend pas plus de 1 AINS

Critère 4 : Ne comprend pas plus de 1 BZD

Critère 5 : Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux

Critère 6 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée

Critère 7 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (Ex : anticholinergiques – anticholinestérasiques)

Critère 11 : Précise la posologie (11a) et la répartition (11b) dans la journée de chaque médicament

Critère	Pourcentage	
	2009-10	2016
Critère 2	93	97
Critère 3	100	100
Critère 4	93	90
Critère 5*	91	100
Critère 6	99	100
Critère 7	98	97
Critère 11a**	19	43
Critère 11b*	11	27

**Tableau 4 :** comparatif du taux de satisfaction des critères étudiés pour le traitement d'entrée des deux populations étudiées. \* : p<0.05; \*\* : p<0.01; \*\*\* : p<0.001; \*\*\*\* : p<0.0001

### 4.3 Analyse de l'ordonnance de sortie ou du courrier de sortie :

Tous les dossiers comportaient une ordonnance de sortie (lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, ou courrier de transfert) contre 97% en 2009/10.

L'analyse des différents critères concernant l'ordonnance ou le courrier de sortie, reprise dans le tableau 5, a donné les principaux résultats suivants (critères satisfaits) :

- Lors de la première étude, les critères 2 à 7 étaient ceux qui obtenaient le meilleur taux de satisfaction (entre 73% et 90%). La seconde EPP a montré aussi que les critères 2 à 7 obtenaient le meilleur taux de satisfaction (entre 95 et 100%).
- Lors de la première étude, les autres critères obtenaient des taux de satisfaction beaucoup plus faibles, (compris entre 1% et 33%), cette seconde étude a montré des meilleurs taux de satisfaction compris entre (11% et 62%), ces taux restant faibles.

#### Rappel des critères :

Critère 1 : est structurée par domaine pathologique

Critère 2 : Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses

Critère 3 : Ne comprend pas plus de 1 AINS

Critère 4 : Ne comprend pas plus de 1 BZD

Critère 5 : Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux

Critère 6 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée

Critère 7 : Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (Ex : anticholinergiques – anticholinestérasiques)

Critère 8 : indique la clairance de la créatinine

Critère 9 : indique le poids du patient

Critère 10 : précise la durée de prise pour chaque médicament

Critère 11 : Précise la posologie (11a) et la répartition (11b) dans la journée de chaque médicament

Critère	(%)	
	2009-10	2016
Critère 1	37	26
Critère 2 ***	79	99
Critère 3	97	100
Critère 4	92	95
Critère 5 **	92	100
Critère 6	97	100
Critère 7	99	98
Critère 8	14	13

Critère 9 ***	6	32
Critère 10	5	11
Critère 11a ****	25	62
Critère 11b ****	6	35

**Tableau 5 :** comparatif du taux de satisfaction des critères étudiés portant sur le traitement de sortie des deux populations étudiées. \* : p<0.05; \*\* : p<0.01; \*\*\* : p<0.001; \*\*\*\* : p<0.0001

## 4.4 Analyse du compte rendu d'hospitalisation

L'analyse des différents critères concernant le compte-rendu d'hospitalisation, détaillée dans le tableau 6, a donné les résultats suivants (critères satisfaits) :

- Lors de ces deux études, ces 3 critères n'étaient globalement pas satisfaits, même si une amélioration significative était observée entre les deux audits.

**Rappel des critères :**

Critère 8 : indique la clairance de la créatinine

Critère 9 : indique le poids du patient

Critère 14 : explique les modifications de traitement le cas échéant

Critère	(%)	
	2009-10	2016
Critère 8 **	3	11
Critère 9 ****	3	35
Critère 14	27	41

**Tableau 6 :** comparatif du taux de satisfaction des critères étudiés portant sur le compte rendu d'hospitalisation des deux populations étudiées. \* : p<0.05; \*\* : p<0.01; \*\*\* : p<0.001; \*\*\*\* : p<0.0001

## 4.5 Analyse de la prescription de médicaments inappropriés

Comme le montre le tableau 7, 27 % des dossiers étudiés lors de la seconde étude comportaient au moins un médicament inapproprié dans le traitement du patient, contre 47 % lors de la première EPP.

	2009-10	2016
Médicaments inappropriés **	47%	27%

**Tableau 7 :** comparatif portant sur le pourcentage de médicaments inappropriés concernant les deux populations étudiées. \* : p<0.05; \*\* : p<0.01; \*\*\* : p<0.001; \*\*\*\* : p<0.0001

	2009-10	2016
Anxiolytiques et hypnotiques : (Noctamide® >0,5 mg/j) Stilnox® > 5 mg/j Imovane® > 3, /> 5 mg/j)	26%	34%
Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques : antidépresseurs imipraminiques (Prothiaden®), neuroleptiques phénothiazines (Tercian®), Antihypertenseurs à action centrale ou inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate (Hyperium®, Catapressan®, Estulic®, Loxen®)	18%	16%
Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (Lexomil®, Urbanyl®, Librax®, Victan®, Noctran®)	15%	11%
Vasodilatateurs cérébraux (Tanakan®, Iskedyl®, Torental®, Praxilene®) **	12%	0%
Alpha-bloquants à visée cardiologique prescrits dans un contexte d'incontinence urinaire (Eupressyl®, Mediatensyl®)	10%	19%
Relaxants musculaires (Myolsatan®)	1%	0%
Antimicrobiens (Furadantine®)	1%	0%
Antiagrégants plaquettaires (Persantine®)	1%	0%
Moxonidine	0%	4%

Tableau 8 : Comparatif détaillé des différentes classes médicamenteuses impliquées dans la prescription inappropriée, lors de ces deux études. \* :  $p < 0.05$ ; \*\* :  $p < 0.01$ ; \*\*\* :  $p < 0.001$ ; \*\*\*\* :  $p < 0.0001$

## **5 Discussion**

Les résultats de cette étude sont à interpréter au regard de ceux obtenus en 2010. On observe qu'en matière de prescription chez la personne âgée, les points forts et les points faibles restent inchangés, mais que, pour presque tous les critères considérés, la tendance est à l'amélioration des pratiques. Les exceptions concernent l'usage des psychotropes pour lequel aucun progrès notable n'est observé.

Les résultats de cette nouvelle étude mettent en évidence de bonnes pratiques de prescription pour certains des critères retenus par la HAS. Ces critères étaient déjà largement satisfaits en 2010.

- 97% des traitements d'entrée ne comprenaient pas plus de 2 psychotropes.
- Aucune ordonnance d'entrée ou de sortie ne comprenait plus d'un AINS.
- 90% des traitements d'entrée ne comprenaient pas plus d'une benzodiazépine.
- Aucune ordonnance d'entrée ou de sortie ne comprenait des vasodilatateurs cérébraux.
- 99% des ordonnances de sortie ne comprenaient pas plus de deux psychotropes.
- 95% des ordonnances de sortie ne comprenaient pas plus d'une benzodiazépine.
- Aucune ordonnance d'entrée ou de sortie ne comprenait 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée.
- 3% des dossiers comprenaient 2 médicaments dont l'association est illogique (association anticholinergique – anticholinestérasique)

Ils font également apparaître des faiblesses qui sont les mêmes que celles mises en exergue en 2010 :

- La posologie de chaque médicament n'était renseignée que dans 43% des dossiers à l'entrée.
- La répartition dans la journée de chaque médicament n'était renseignée que dans 27% des dossiers à l'entrée.
- Seulement 21 % des lettres ou ordonnances de sortie étaient structurées par domaine pathologique.
- 35% des comptes-rendus d'hospitalisation précisaient le poids du patient.
- 11% des comptes-rendus d'hospitalisation précisaient la clairance de la créatinine.
- 59% des comptes-rendus d'hospitalisation, tous les changements thérapeutiques n'étaient pas expliqués.

Il est important de signaler que l'analyse du traitement d'entrée concerne principalement les prescripteurs en ville, qui comprend les médecins généralistes et les médecins spécialistes, et toutes les institutions qui hébergent les personnes âgées. Contrairement à l'analyse des courriers de sorties, qui concerne les pratiques professionnelles hospitalières au CHRU de Lille.

## 5.1 Points forts

### 5.1.1 Les psychotropes

Les personnes âgées sont de gros consommateurs de psychotropes. La HAS estime que plus de 50% des personnes de plus de 75 ans en France consomment des psychotropes. Une étude consolide ce chiffre, estimant que 56 % des plus de 75 ans consomment au moins un psychotrope à l'admission à l'hôpital (26). Selon l'étude PAQUID, 5 % des sujets âgés consomment plus d'une BZD, et 31,9% consomment au minimum une BZD. (27)

Avec l'objectif de réduire la consommation de psychotropes, en 2014, le taux de remboursement par la Sécurité sociale a été abaissé à 15 % pour les benzodiazépines hypnotiques et apparentés, suite à une réévaluation de leur service médical rendu (SMR) par la Commission de la transparence (28). Depuis le 10 avril 2017, Le zolpidem (Stilnox et génériques) doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée (comme pour les stupéfiants). (29)

Pour rappel, le critère 2 était défini par le fait que l'ordonnance d'entrée ne doit pas comprendre plus de 2 psychotropes (BZD inclus). Lors de la première étude, ce critère était déjà respecté, cette nouvelle étude renforce cette bonne pratique. En Effet, on peut constater que lors

de cette nouvelle étude seulement 3% des ordonnances d'entrées comportait au moins 3 psychotropes, contre 7% lors de la première étude.

On retrouve ce même critère concernant les ordonnances ou lettres de sortie. La première étude montrait que 79 % des ordonnances sortie ne comprenaient pas plus 2 psychotropes, la nouvelle étude révélait que 99% des ordonnances de sortie respectées ce critère. On peut constater une amélioration significative dans la prescription hospitalière des psychotropes, puisque que lors de la première étude, il a été constaté que les patients avaient donc en moyenne plus d'association de psychotropes prescrits à la sortie de l'hôpital qu'avant d'y entrer.

Ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature.

L'étude Hopipharm 2010 réalisée par le SYNPREFH, Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé, consistait en une analyse de la prescription en EHPAD à J1, J10 et J30.

A J30, 79% des ordonnances ne comprenaient pas plus de 2 psychotropes.

Le critère 4 qui concerne uniquement la prescription des BZD, énonçait que l'ordonnance d'entrée ne devait pas comprendre plus de 1 BZD. Lors de la première étude, 7% des ordonnances d'entrée comportaient au moins 2 BZD contre 10 % lors de la seconde étude. Ces chiffres montrent que ce défaut de prescription persiste au même niveau.

On retrouve également ce même critère pour les ordonnances de sortie, la première étude montrait que 92% des ordonnances de sortie ne comprenaient pas plus d'une benzodiazépine, 95% pour la seconde étude. Ces études renforcent l'idée de cette bonne pratique professionnelle.

Ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature.

Cette même l'étude Hopipharm, montrait qu'à J30, 95 % des ordonnances ne comprenaient pas plus d'une benzodiazépine. Ces résultats sont comparables

### **5.1.2 Les AINS :**

Le critère 3 s'attachait à ce que l'ordonnance d'entrée ne devait pas comporter plus d'un AINS. Comme lors de la première étude, aucun patient n'avait plus d'un AINS de prescrit avant son admission.

Concernant les ordonnances de sortie, la première étude montrait que 97 % ne comprenaient pas plus d'une BZD, la présente étude respectait entièrement ce critère, aucune des ordonnances de sortie comportaient plus de 2 BZD. On peut constater que ces études confortent cette bonne pratique.

En effet, les recommandations de l'AFSSAPS émises en 2006 précisent qu'il n'y a pas lieu d'associer deux AINS par voie générale, y compris l'aspirine (sauf lorsque celle-ci est prescrite à visée anti-agrégante à des doses < 500 mg). Cette recommandation concerne toute la classe des AINS, qu'ils soient prescrits comme antalgiques, antipyrétiques ou anti-inflammatoires.

On retrouve l'étude Hopipharm, le résultat obtenu à J30 montrait que 100% des ordonnances ne comprenaient plus d'un AINS. Ces résultats sont donc comparables.

### **5.1.3 Les vasodilatateurs cérébraux :**

Le critère 5 correspondait à l'absence de vasodilatateur cérébral dans l'ordonnance d'entrée ou de sortie. La première étude montrait que 9% des patients avaient une prescription de vasodilatateur cérébral à l'entrée, et 3 % en avaient à la sortie. Alors que cette récente étude ne retrouve aucun vasodilatateur cérébral que ce soit à l'entrée ou à la sortie de l'hospitalisation. Ces améliorations de prescription sont prouvées par des résultats significatifs.

Ce qui est expliqué par le déremboursement de ces médicaments jugés inefficaces par la HAS. Le déremboursement ou la diminution du taux de remboursement peut être un bon moyen de limiter les prescriptions.

#### **5.1.4 Les médicaments dont l'association est contre-indiquée**

Le critère 6 correspondait à l'absence de médicaments dont l'association est contre-indiquée. La première étude montrait qu'un pourcent des ordonnances d'entrée comprenait 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée, la seconde étude n'en comportait aucun.

Concernant l'évaluation à la sortie du patient, la première étude montrait que 3% des courriers de sortie comportaient 2 médicaments dont l'association est contre-indiquée, aucun n'a été retrouvé concernant la seconde étude. Cette bonne pratique est naturellement respectée.

Une étude de la CNAMTS de 2003 met en évidence que sur près de 300 millions de délivrances de médicaments présentées au remboursement, 58 823 délivrances, soit 1,9 pour 10 000, contenaient au moins l'une des 11 associations médicamenteuses formellement contre-indiquées ciblées dans cette étude. (30)

#### **5.1.5 Les médicaments dont l'association est illogique**

Le critère 7 correspondait à l'absence de médicaments dont l'association est illogique (association anticholinergique – anticholinestérasique). La première étude retrouvait 2 % des ordonnances d'entrée qui ne respectaient pas ce critère, et 3 % pour la seconde étude.

Concernant l'évaluation à la sortie du patient, la première étude montrait que 2% des courriers de sortie comportaient une association illogique entre un médicament à action cholinergique et un anticholinestérasique, contre 3% concernant cette seconde étude. Ces nouveaux résultats confortent cette bonne pratique.

Une récente étude française a déterminé la prévalence des prescriptions inappropriés en anticholinergique dans une population du Nord Pas de Calais âgée de + de 75 ans. Un patient sur 10 vivants à domicile, et un patient sur 4 vivants en maison de retraite recevait un traitement de haut niveau anticholinergique. L'hydroxyzine était le traitement le plus fréquemment prescrit. (31)

Ces résultats sont acceptables puisqu'ils sont bien inférieurs aux résultats de la littérature qui retrouvent une proportion allant de 30 à 40 % de patients ayant une telle association.(32)

Plusieurs méthodes ont été développées pour déterminer l'activité anticholinergique d'un médicament. Il existe trois principales échelles, l'échelle du risque anticholinergique (ARS), de

l'échelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques (ACB) et de l'échelle des médicaments anticholinergiques (ADS). (33)

### **5.1.6 Les médicaments inappropriés**

La première étude montrait que 47% des dossiers comportaient au moins un médicament inapproprié dans le traitement du patient, 27% concernant la seconde étude. On constate une amélioration significative concernant la prescription des médicaments inappropriés. Et confirme l'absence de vasodilatateurs cérébraux (résultat significatif).

Ce résultat est enthousiasmant par rapport à celui retrouvé dans la littérature. Puisqu'une étude basée sur les données de l'assurance maladie retrouvait une consommation d'au moins un médicament inapproprié chez 53 % des personnes âgées. Les médicaments inappropriés les plus fréquemment retrouvés étaient les médicaments atropiniques, les vasodilatateurs cérébraux, les benzodiazépines à longue demi-vie (34). Une autre étude de 2015, a montré que 40 % des médicaments analysés contenaient au moins un médicament déconseillé aux personnes âgées (7)

A noter que les anticholinergiques présentent 8 critères sur 34 de la liste de Laroche. Ils sont également présents et inappropriés dans 4 des 5 situations cliniques particulières (hypertrophie de la prostate, glaucome par fermeture de l'angle, démence et constipation chronique).

## **5.2 Points faibles malgré les progrès constatés**

### **5.2.1 Tenue du dossier patient**

Ces deux audits faits à six ans d'intervalle suggèrent une certaine amélioration en ce qui concerne la tenue des dossiers médicaux

Dans la présente étude un seul dossier ne renseignait pas le traitement d'entrée, contre 9 dossiers dans la première étude. Dans la première étude, 3 dossiers ne comportaient aucun document de sortie (courrier de sortie ou compte-rendu de fin d'hospitalisation), alors que dans la présente étude, tous les dossiers comportaient au moins un document de sortie. Il est à noter cependant que deux dossiers ont été introuvables.

Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1) (35)

En effet, la tenue du dossier patient est un reflet de la qualité des pratiques professionnelles, et permet d'assurer la coordination des différents professionnels, la sécurité et l'efficacité des soins.

La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent la marge d'amélioration importante.

### **5.2.2 Précision de la posologie et de la répartition dans la journée de chaque médicament.**

Le critère 11a correspondait à la précision de la posologie de chaque médicament concernant le traitement d'entrée, lors de la première étude ce critère n'était respecté que dans 19 % des cas, contre 43% dans cette nouvelle étude. Ce même critère montrait que 25% des ordonnances ou lettres de sortie de la première étude précisaient la posologie de chaque médicament, 62% concernant la seconde étude.

Le critère 11b correspondait à la précision de la répartition dans la journée de chaque médicament. Concernant le traitement d'entrée, la première étude montrait que ce critère n'était respecté que dans 11% des cas, contre 27% dans cette nouvelle étude. De même que ce critère 11b montrait que 6% des ordonnances ou lettres de sortie de la première étude précisaient la répartition dans la journée de chaque médicament, 35% concernant la seconde étude.

Malgré une amélioration significative, ces 2 critères dévoilent une faiblesse encore présente. La HAS met en exergue ces 2 critères, qui garantissent le bon suivi du traitement.

Ce critère était très peu rempli, probablement du fait de son application difficile en pratique. En effet dans la plupart des dossiers étudiés, la posologie et la répartition dans la journée figuraient pour certains des médicaments prescrits mais rarement de manière exhaustive pour tous les médicaments prescrits.

Ces résultats significatifs montraient une amélioration, mais étaient insatisfaisants et bien inférieurs à ceux de l'étude réalisée par le SYNPREFH (cette étude retrouvait pour ces critères respectivement 95 et 97%). Ils étaient assez comparables à ceux du traitement d'entrée. Ils peuvent également être expliqués par le fait que ce critère était considéré comme non rempli lors de l'évaluation si un seul des médicaments ne répondait pas au critère et par le fait que les ordonnances et lettres de sortie n'étaient pas informatisées.

### **5.2.3 Indication de la clairance de la créatinine et du poids**

Pour rappel le critère 8 correspondait à l'indication de la clairance de la créatine dans les courriers de sortie. La première étude montrait que 14% des courriers indiquaient cette clairance, contre 13% dans cette seconde étude. De plus, la première étude montrait que 3% des comptes rendus d'hospitalisation indiquaient la clairance de la créatinine, 11% des comptes rendus de la seconde étude. Ces 2 études montrent donc une faiblesse persistante des pratiques professionnelles, néanmoins on note une amélioration significative concernant le résultat des comptes-rendus d'hospitalisation.

Pour rappel le critère 9 correspondait à l'indication du poids dans les courriers de sortie, la première étude montrait que 6% des courriers indiquaient le poids du patient, contre 32 % dans cette seconde étude. De plus, 3% des comptes-rendus d'hospitalisation de la première étude précisaient le poids du patient, 35% concernant la seconde. Il y a ici une franche amélioration significative, même s'il demeure une marge de progression importante. Ces 2 critères dévoilent une faiblesse encore présente.

Ces chiffres étaient inférieurs à ceux de l'étude SYNPREFH qui retrouvait 22% pour la clairance de la créatinine et 34% pour le poids. Cependant, cette étude étant réalisée au sein d'EHPAD, on peut s'attendre à obtenir de meilleurs résultats sur ces critères que dans les différents services de l'hôpital où la prise en charge n'est pas spécifique aux personnes âgées et où le personnel est donc moins sensibilisé à ceux-ci.

Le fait de préciser la clairance et le poids permet une vérification des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale.

## **5.3 Les voies d'améliorations possibles**

### **5.3.1 Explication des changements thérapeutiques dans le compte-rendu d'hospitalisation**

Le critère 14 correspondait à la présence d'explication des changements thérapeutiques dans le compte-rendu d'hospitalisation. La prescription de sortie doit reprendre et concrétiser la

stratégie thérapeutique préconisée par le prescripteur qui doit être mentionnée dans le compte-rendu d'hospitalisation.

La première étude montrait que 73% des comptes rendus d'hospitalisation ne comportaient aucune explication aux changements thérapeutiques, contre 59% lors de cette seconde étude.

Cependant, le mauvais résultat obtenu par ce critère est en partie expliqué par le fait que ce critère était considéré comme non rempli si un seul des changements thérapeutiques n'était pas expliqué, ceci pour une meilleure homogénéité de l'évaluation.

En effet, on peut concevoir que des changements de traitement considérés comme minimes ne soient pas détaillés dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Toutefois, nous avons pu constater lors de l'évaluation que très fréquemment aucun changement n'était expliqué, un réel progrès doit être envisagé.

### **5.3.2 Structuration de la lettre ou ordonnance de sortie par domaine pathologique**

Le critère 1 mentionnait que les ordonnances ou les lettres de sortie doivent être structurées par domaine pathologique. Ce qui permet une lisibilité et permet d'assurer l'absence de duplication thérapeutique, surtout lorsqu'il existe une polymédication importante. La première étude montrait que 37 % des lettres ou ordonnances de sortie étaient structurées par domaine pathologique, contre 26 % lors de ces nouvelles études. Ces 2 études montrent une faiblesse toujours présente. Alors que la structuration des courriers de sortie est le lien direct avec le médecin généraliste.

## 5.4 Force et faiblesses

Les points forts de cette étude sont, premièrement, qu'elle a respecté la même méthodologie que celle de 2010, ce qui permet une comparaison des résultats des deux audits, deuxièmement que l'échantillon tel qu'il a été constitué est certainement assez représentatif des prescriptions au CHRU de Lille. De plus les caractéristiques générales de cette nouvelle population, ont tendance à être plus âgée, ce qui peut renforcer l'idée d'une amélioration dans la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées, plus les patients sont âgés, plus le nombre de médicaments prescrits augmente. Troisièmement que l'évaluation des prescriptions a utilisé des critères validés (HAS et liste de Laroche).

Les faiblesses de l'étude tiennent :

- à son caractère rétrospectif, avec le problème inévitable du défaut de traçabilité,
- à l'absence de démarche de conciliation médicamenteuse d'entrée structurée, ce qui, on le sait, nous autorise à douter de la réalité du traitement écrit dans le dossier médical comme étant le traitement d'entrée,
- aux critères retenus pour évaluer la qualité des prescriptions, dont on a vu que certains n'étaient probablement plus pertinents alors que d'autres éléments d'intérêt n'ont pas été évalués comme, par exemple, le taux globale de prescription de psychotropes et leur nature, ou l'association de plusieurs médicaments augmentant la kaliémie ou bradycardisants...

## **6 Conclusion :**

La comparaison entre les résultats de ces deux études, a permis de répondre à plusieurs objectifs : mettre en évidence les bonnes pratiques professionnelles, et les pratiques à améliorer au sein du CHRU de Lille selon les recommandations de la HAS.

Cette nouvelle étude a permis de montrer de bonnes pratiques de prescription médicamenteuse déjà acquises lors du premier audit (pas de prescription multiple de psychotropes, peu d'associations de médicaments dont l'association est illogiques ou contre-indiquées). La marge d'amélioration de ces critères satisfaits est donc faible, lorsqu'on a déjà des critères de qualités initialement satisfaits, une amélioration est souvent modeste. Cette nouvelle étude a permis aussi de confirmer des faiblesses, retrouvées lors de la première étude (faible prise en compte de la clairance de la créatinine et du poids du patient pour la prescription, mauvaise structuration des courriers de sorties).

Cette étude a permis aussi de remettre en cause la pertinence de certains critères de la HAS qui sont entièrement satisfaits dans cette étude (aucune prescription de vasodilatateurs cérébraux, aucune prescription de plus de un AINS). Ce qui laisse penser que ces critères ne sont plus pertinents pour évaluer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées.

Cette démarche a permis d'ouvrir la voie d'améliorations possibles concernant la prise en charge thérapeutique des sujets âgés dans l'établissement, l'un des buts étant de fournir d'avantage d'information concernant les critères insatisfaits auprès des prescripteurs des services concernés par cette étude et qu'ils prennent ainsi connaissance des résultats obtenus. Ensuite l'informatisation des dossiers médicaux devraient pouvoir venir à bout de ce manque de rigueur dans nos prescriptions

Pour conclure, ce travail a montré de bonnes pratiques de prescription déjà acquises au sein du CHRU de Lille, mais a confirmé qu'il y a encore du progrès à envisager concernant certains critères insatisfaits, afin d'améliorer les pratiques professionnelles en termes de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

## **7 Bibliographie :**

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743&q=population+par+grand+groupe+d%27%C3%A2ge+en+2016#titre-bloc-3>
2. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381470>
3. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/note\\_methodo\\_fpcs\\_prescription\\_web\\_2014-10-27\\_11-55-59\\_934.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf)
4. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/vieillesse/16942>
5. <http://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2013/01/Livre-blanc-de-la-g%C3%A9riatrie-modifi%C3%A9.pdf>
6. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes - BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2013/5 du 15 juin 2013
7. Montamat SC, CUsack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. Clin Geriatr Med. Fév 1992
8. Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal Prescribing in Older Inpatients and Outpatients. J Am Geriatr Soc 2001
9. [https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie\\_medicamenteuse\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees\\_enquete\\_campagne\\_de\\_sensibilisation\\_et\\_actions\\_annoncees\\_du\\_leem/](https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie_medicamenteuse_chez_les_personnes_agees_enquete_campagne_de_sensibilisation_et_actions_annoncees_du_leem/)
10. [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/13e310cc617710afbc3ff17f0f073afa.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/13e310cc617710afbc3ff17f0f073afa.pdf)
11. HCAAM rapport de 2010 <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-5-page-15.htm>
12. <http://www.em-consulte.com/article/26586/figures/le-bon-usage-des-medicaments-chez-la-personne-agee>
13. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol. 2007;63:725–31
14. <http://espacecancer.santera.fr/oncogeriatric/Ressources/outils/Lang%20PO,%20STOPP-START%20crit%C3%A8res%20Can%20J%20Pub%20Health%202009.pdf>
15. McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. Can Med Assoc J 1997;156:385–91
16. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2012, 60(4):616-631

17. Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001;286:2823–9.
18. [http://patientsafetyresearch.org/journal%20articles/Incidence\\_Preventability.pdf](http://patientsafetyresearch.org/journal%20articles/Incidence_Preventability.pdf)
19. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *Bmj*.2004;329(7456):15-9.
20. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. *EMC - Psychiatr.* janv 2011
21. INSERM. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances : une expertise collective de l'Inserm 2012
22. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées (2007). Disponible sur: [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_psychotropes\\_version\\_longue\\_190208.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf)
23. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Etat des lieux 2013 de la consommation des benzodiazépines en France.
24. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevenir-la-iatrogeniemedicamentouse.php>
25. HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - Lors d'une hospitalisation. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_431472/prescription-medicamentouse-chez-le-sujet-age-3-lors-d-une-hospitalisation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431472/prescription-medicamentouse-chez-le-sujet-age-3-lors-d-une-hospitalisation). 2005
26. *Geriatric Psychol Neuropsychiatr Vieil.* Juin 2011
27. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. *Eur J Clin Pharmacol* 2001
28. Benzodiazépines hypnotiques et apparentés : baisses de taux de remboursement. *Rev Prescrire.* mars 2015
29. Vidal : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp2190-zolpidem-zentiva.html>
30. CNAMTS - DDRI - DSM. 11 Associations Médicamenteuses Formellement Contre-Indiquées. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/Etudes/2003/associationsmedicamentouses.pdf>. 2003
31. Potentially inappropriate medications (PIMs) and cholinergic levels in the elderly a population based study in a french region. *Arch Gerontol Geriatr.* Décembre 2014

32. Doucet J, Kalimoutou S, Chedru C, Remy E, Cabrejo L, Meliot C, et al. Les prescriptions de médicaments anticholinestérasiques sont-elles adaptées au contexte médical au cours de la démence de type Alzheimer, *Thérapie* 2006
33. Echelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2012
34. STOPP and START. Consensus validation int. *J. Clin. Pharmacol. Ther*
35. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

# 8 Annexes :

## Annexe 1 : Problèmes de médicaments : causes, mécanismes, facteurs favorisants ou protecteurs

Tableau 2 : Problèmes de médicaments : causes, mécanismes, facteurs favorisants ou protecteurs

trois types de causes souvent combinées	Mécanismes	Conséquences patient (problèmes)	Exemples de situations à risque	Exemples de solutions (facteurs protecteurs)
Prescriptions sous-optimales	Excès de traitement : Pas d'indication à prescrire Qualité du diagnostic	Iatrogénie Observance Perte de chances (sous-diagnostic & sous-prescription) Qualité de vie	Polypathologie	Programme PMSA Optimisation diagnostique et thérapeutique Formation des prescripteurs
	Sous-prescription Pathologie négligée et sous-diagnostiquée Qualité du diagnostic	Perte de chances Qualité de vie	Accès aux soins difficile Population vulnérable Polymédication/ polypathologie	Programme PMSA Optimisation diagnostique et thérapeutique Formation des prescripteurs
	Interactions sous-estimées ou négligées Médicaments-médicaments Médicaments-pathologies Médicaments-événements inter-courants	Iatrogénie Observance Perte de chances	Polymédication/ polypathologie	Programme PMSA LAP
	Surveillance clinique et biologique insuffisante inadaptée	Iatrogénie Observance Perte de chances	Polypathologie/ polymédication Déficit cognitif Dépression Perte d'autonomie	Programme PMSA LAP Éducation thérapeutique Démarche de soins infirmiers
Information et éducation des patients âgés insuffisantes	Patient insuffisamment informé Savoir et savoir-faire du patient non évalués et/ou surestimés par les prescripteurs	Iatrogénie Observance/ rupture de traitement Perte de chances		Éducation thérapeutique Formation des professionnels de santé
Coordination et coopération insuffisantes entre Prescripteurs Secteurs sanitaires Professionnels de santé	Prise en charge par pathologie sans véritable stratégie thérapeutique avec cumul des prescriptions sans hiérarchie et sans adhésion du patient Sur le plan thérapeutique Redondances /omissions/interactions/ rupture	Iatrogénie Observance Perte de chances Qualité de vie	Absence de dossier médical partagé ou d'intégration des bases de données	Messagerie ou connexion sécurisée aux bases de données (exemple dossier pharmaceutique) Coopération pluridisciplinaire (approche holistique)

## Annexe 2 : Comparaison des différents outils d'évaluation de la qualité des prescriptions

Tableau 3 : Comparaison des différents outils d'évaluation de la qualité des prescriptions

	PMSA (I) <sup>1 a 5</sup>	ACOVE (E)	START & STOPP (E)	MAI (I)	AOU	Livret thérapeutique
Quels sont les plaintes, pathologies, syndromes à prendre en compte : approche holistique, repérage de l'underuse, qualité du diagnostic ?	X	X	X		X	
Quel médicament pour quelle maladie ?	X	X	X	X		X
Quelles priorités médicales ?	X	X	X			
Décision partagée	X	X				
Qualité de l'ordonnance						
Choix des médicaments						
Interactions entre médicaments ou entre médicaments/pathologie et	X	X	X	X		X
Doublon, dose, durée						
Galénique						
Posologie						
Modalités de suivi médical	X	X	X			
Gestion des médicaments & pathologies par le patient	X	X				
Optimisation du coût				X		X

## Annexe 3 : Repérer une personne à risque d'EIM

### Focus 1: Repérer une personne à risque d'EIM

Si vous répondez OUI à une des 5 questions, le patient a un risque d'événement indésirable médicamenteux		O	N	?
1	Personne avec au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe <sup>1</sup>			
2	Personne avec au moins 10 prises quotidiennes de médicaments incluant l'automédication ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant ou 2 psychotropes			
3	Personne avec des difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies			
4	Personne avec antécédent d'effet indésirable lié au médicament			
5	Personne avec un accès aux soins limité <sup>2</sup>			
Selon vous, la personne nécessite-t-elle une intervention spécifique pour réduire ce risque ?				

<sup>1</sup> Cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique

<sup>2</sup> Isolement ou déni du patient, problèmes médico-économiques

Annexe 4 : Revue des pathologies et des médicaments, étape pivot de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments.

**Focus 4. Revue des pathologies et des médicaments, étape pivot de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments.**

<b>PMSA simplifié</b>					
<b>Pathologies présumées</b>	<b>Preuve Diagnostique ?</b>	<b>Optimisation Diagnostique ? Oui/non</b>	<b>Traitement habituel</b>	<b>Optimisation thérapeutique ? Oui/non</b>	<b>Observations</b>

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre\\_referentiel\\_etp\\_paerpa\\_polypathologie.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_polypathologie.pdf)



## Annexe 2

<b>Bilan médicamenteux</b>	Date : ...../...../.....
----------------------------	--------------------------

- Qui prépare vos médicaments ?
- Quelqu'un vous aide-t-il à les prendre ? Oui  Non
- .....

- Avez-vous des difficultés pour les prendre ? Oui  Non
- .....

- Utilisez-vous un pilulier ? Oui  Non
- Si non, comment préparez-vous vos médicaments ?
- .....

- Avez-vous des difficultés à manipuler /couper vos médicaments ? Oui  Non
- Comment vous y prenez-vous pour couper vos médicaments ?
- .....

- Pour vos prises de sang, recourez-vous toute l'année au même laboratoire ? Oui  Non
- Qui organise les rendez-vous médicaux et vos rendez-vous de prise de sang ?
- .....

**Coordonnées du laboratoire de biologie :**

- Allez-vous acheter vos médicaments toujours à la même pharmacie ?
- Oui  Non  NSP
- **Coordonnées de la pharmacie de référence :**

**Automédication :** Que faites-vous en cas de :

- constipation ?
- douleur ?
- troubles du sommeil ?
- anxiété ?

**Observance :** « La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme le médecin les leur a prescrits. Cela vous est-il arrivé ? Oui  Non

- Si oui, avec quels médicaments ?
- Pourquoi ?
- A quelle fréquence ?

**En cas de prise d'AVK :**

- Avez-vous un carnet de surveillance pour votre AVK ? O  N
- Avez-vous une carte, sur vous, signalant que vous êtes sous AVK ? O  N
- Si oui, prenez-vous des précautions ? si oui lesquelles ?

## Annexe 6 : L'argumentaire de la HAS justifiant la pertinence de chaque critère :

- Critère 1 : la structuration de l'ordonnance est d'autant plus importante que le nombre de médicaments est élevé. Elle favorise la lisibilité permettant de s'assurer de l'absence de duplication thérapeutique.
- Critère 2 : la limitation de psychotropes chez le sujet âgé est justifiée par le risque iatrogénique. La dépression du sujet âgé, souvent à forme anxieuse, ne justifie pas la prise de benzodiazépines au long cours. Les troubles du comportement du sujet âgé peuvent faire appel aux neuroleptiques mais habituellement pour une durée limitée. Les psychotropes comprennent : les hypnotiques, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs.
- Critères 3 et 4 : la prise de médicaments d'une même classe augmente le risque iatrogénique sans augmenter l'efficacité (AINS, benzodiazépines).
- Critère 5 : les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (avis de la Commission de la Transparence du 25 Février 2004). Une plainte mnésique persistante doit conduire à un bilan neuropsychologique.
- Critère 6 : le dictionnaire Vidal a été utilisé comme référence pour identifier les contre-indications médicamenteuses. Seules les contre-indications absolues ont été retenues pour l'évaluation.
- Critères 8, 9, 10 et 11 : au-delà du cadre réglementaire, la précision dans la rédaction d'une ordonnance, est garante de son bon suivi. Les génériques complexifient l'identification de la galénique.

Concernant le critère 7, il a été décidé de limiter les associations dites illogiques à celles concernant l'association entre un médicament ayant une action cholinergique et un médicament anticholinestérasique.

- Critère 12 : Le broyage du médicament ou l'ouverture des gélules doit tenir compte de la modification que cela entraîne. Eviter de mélanger les médicaments broyés ou le contenu des gélules car ceci risque de modifier l'efficacité et la cinétique du médicament ainsi que de provoquer une irritation locale.

Les critères 1 à 5, 13 et 14, sont ceux préconisés pour le suivi annuel, reposant sur un accord professionnel du groupe de travail.

Pour une analyse plus fine du critère 11 qui était souvent insatisfait, le groupe de travail a décidé de le diviser en 2 critères distincts : 11a (précise la posologie de chaque médicament) et 11b (précise la répartition dans la journée de chaque médicament).

**AUTEUR : Nom : HANNEBICQUE**

**Prénom : Julien**

**Date de Soutenance : Mardi 19 septembre 2017**

**Titre de la Thèse :** *Etude des pratiques professionnelles portant sur la prescription médicamenteuse des personnes âgées*

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement :** *DES de médecine générale*

**Mots-clés :** *personne âgée, prescription médicamenteuse, inapproprié, iatrogénie*

**Résumé :**

L'âge et la polyopathie conduisent à la polymédication, ce qui majore les risques de iatrogénie médicamenteuse et d'inobservance. L'impact sanitaire des événements indésirables liés à la polymédication chez le sujet âgé, en fait une des priorités de santé publique en raison de leur gravité, et de leur fréquence. Ce dernier aura pour but d'évaluer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées au sein du CHRU de Lille au cours de ces dernières années.

En vue de la visite de certification de 2010, le pôle de Gériatrie et le service de pharmacologie du CHRU de Lille avec l'appui de la délégation de la qualité des soins ont mis en place une évaluation des pratiques professionnelles sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés. Ce premier travail a permis de faire un état des lieux, et de mettre en évidence les pratiques à améliorer. Une seconde étude reprenant la même méthode fera l'objet de ce travail de thèse.

Cette nouvelle étude a permis de montrer de bonnes pratiques de prescription médicamenteuse déjà acquises lors du premier audit. La marge d'amélioration de ces critères satisfaits est donc faible, lorsqu'on a déjà des critères de qualité initialement satisfaits, une amélioration est souvent modeste. Cette nouvelle étude a permis aussi de confirmer des faiblesses, retrouvées lors de la première étude. Cette étude a permis aussi de remettre en cause la pertinence de certains critères de la HAS qui sont entièrement satisfaits dans cette étude. Ce qui laisse penser que ces critères ne sont plus pertinents pour évaluer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées.

Cette démarche a permis d'ouvrir la voie d'améliorations possibles concernant la prise en charge thérapeutique des sujets âgés dans l'établissement, l'un des buts étant de fournir d'avantage d'information concernant les critères insatisfaits auprès des prescripteurs des services concernés par cette étude et qu'ils prennent ainsi connaissance des résultats obtenus. Ensuite l'informatisation des dossiers médicaux devraient pouvoir venir à bout de ce manque de rigueur dans nos prescriptions.

**Composition du Jury**

**Président : Pr François PUISIEUX**

**Assesseurs : Pr Bertrand DECAUDIN, Pr BORDET, Dr Cédric GAXATTE, Dr KASTELIK,**