

## Révision de l'ordonnance chez les sujets âgés fragiles

J.B. Beuscart\*

La population des sujets âgés est marquée par une grande hétérogénéité. Les patients pris en charge en gériatrie sont les sujets âgés les plus fragiles. Cette fragilité est fréquemment marquée par une polypathologie associée à une polymédication, et par la présence de syndromes gériatriques tels que les troubles cognitifs, la dépendance, la dénutrition ou encore la dépression. De nombreuses études ont montré que le risque iatrogène est augmenté chez les patients fragiles ou en institution [1]. Pourtant, les patients âgés fragiles ont été presque systématiquement exclus de tous les essais thérapeutiques portant sur la plupart des médicaments utilisés en pratique courante. Ainsi, les recommandations des sociétés savantes sont peu pertinentes et devraient être appliquées avec prudence en présence de syndromes gériatriques [2].

L'analyse de l'ordonnance d'un patient fragile doit donc tenir compte des pathologies, des traitements en cours et des syndromes gériatriques.

### ➤ Révision de l'ordonnance : une approche systématisée (figure 1)

#### Conciliation médicamenteuse

Pour une réévaluation des traitements, il est indispensable d'avoir la liste exacte des traitements en cours. Sinon, les recommandations risquent d'être inutiles et erronées. La conciliation médicamenteuse est un processus standardisé, développé par la pharmacie clinique. Elle est réalisée sous la responsabilité du pharmacien, qui doit croiser au moins 3 sources de données (ordonnances, pharmacien, patient, médecin, etc.). De nombreux supports et recommandations ont été développés par la Société française de pharmacie clinique (SFPC) et par la HAS.

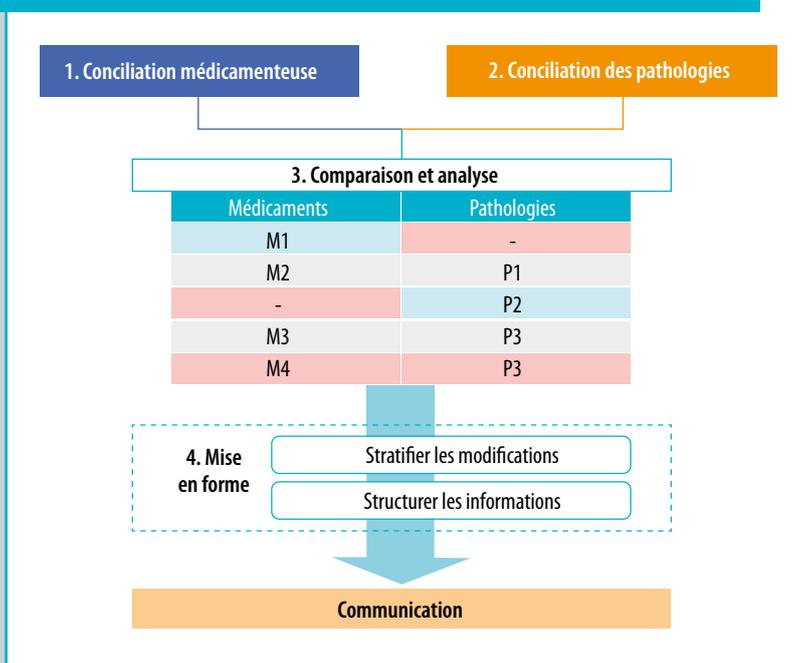
#### Conciliation des pathologies

Pour une réévaluation des traitements, il est indispensable d'avoir la liste exacte des pathologies actives du patient. Ce concept nouveau a pour objectif de faire la part entre les pathologies dites actives et les pathologies dites passives, qui ne requièrent plus de soins ou de surveillance. L'information n'est pas toujours simple à recueillir chez des patients atteints de troubles cognitifs, en rupture de suivi médical, ou du simple fait du départ en retraite des médecins et soignants.

#### Comparaison des 2 conciliations

Les 2 conciliations sont mises en regard. Pour chaque pathologie active, le traitement de référence devrait

Figure 1. Diagramme représentant les différentes étapes d'une révision d'ordonnance chez le sujet âgé fragile.



\* Univ. Lille, CHU Lille, ULR 2694 - METRICS : Évaluation des technologies de santé et des pratiques médicales, F-59000 Lille, France.

être retrouvé, et, pour chaque médicament, une pathologie devrait être identifiée. Les éléments suivants sont recherchés :

- ▲ *Overuse* : un médicament est identifié mais il n'y a pas de pathologie correspondante.
- ▲ *Underuse* : une pathologie est identifiée mais il n'y a pas de médicament correspondant.
- ▲ *Misuse* : pathologie associée à un médicament, mais qui n'est pas approprié.
- ▲ Interactions médicamenteuses et interactions médicaments-maladies.

Pour chaque intervention (arrêt d'un *overuse* ou changement d'un traitement en *misuse*), il faut apporter une justification claire, idéalement fondée sur les listes de prescriptions inappropriées (cf. *infra*).

### Mise en forme

Une fois la relecture de l'ordonnance validée, il est nécessaire de clarifier les actions recommandées. Par exemple, les patients âgés hospitalisés en gériatrie au CHU de Lille ont en moyenne 9 traitements à l'entrée et 9 traitements à la sortie, mais 50 % de l'ordonnance a été modifiée. Si les instructions ne sont pas claires, le risque d'erreur de la part des patients ou des soignants est très élevé. Il faut donc :

- ▲ Stratifier l'ensemble des modifications : en fonction de leur importance clinique et du niveau de risque iatrogène. Certaines concernent une iatrogénie avérée, alors que d'autres concernent des recommandations générales de bon usage.
- ▲ Structurer les informations : tous les interlocuteurs doivent pouvoir bien identifier les arrêts, ajouts, ajustements de traitement. Le document doit être clair, didactique, et comporter des justifications claires et non blessantes (attention à la susceptibilité des confrères). De nombreux tableaux de synthèse ont été proposés. Une présentation utilisée dans notre unité est fournie par la **figure 2** à titre d'exemple.

### Communication

La révision d'une ordonnance est inutile si l'information produite ne parvient pas à tous les interlocuteurs (patients, aidants, infirmier, pharmacien, médecin, etc.). Si le support papier reste aujourd'hui majoritaire, des développements d'outils informatiques sont en cours pour faciliter cette communication.

## Les aides à la révision d'ordonnance

### Pluriprofessionnalité

Il s'agit de l'élément essentiel de la révision d'ordonnance chez le sujet âgé fragile. Plus le nombre de professionnels qui participent est élevé, plus la révision est pertinente et valide. Les notions d'observance, de galénique, de plan de prise, d'administration et de souhait des patients peuvent ainsi être mieux prises en compte.

### Dépistage gériatrique

La présence de syndromes gériatriques peut modifier la balance bénéfice/risque des médicaments. Un dépistage des syndromes gériatriques peut se faire rapidement sur la base de quelques questions : survenue de chutes dans l'année, courbe de poids

**Figure 2.** Exemple de présentation des modifications de traitement avec justification utilisée en gériatrie au CHU de Lille.

TRAITEMENT DE SORTIE			
<b>Nom :</b> Beuscart	<b>Prénom :</b> Jean-Baptiste	<b>DDN :</b> jj/mm/AAAA	
Patient autonome pour son traitement : non (pilulier préparé par sa fille)			
Problème potentiel d'observance : non			
<b>Traitements interrompus</b>			
Olmésartan-hydrochlorothiazide	20/25	Arrêt hydrochlorothiazide (crise de goutte)	
Metformine	850 mg*2/j	HbA1c à 4,9 %, glycémies à jeun correctes	
Rilménidine	1/j	Tensions artérielles basses ; médicament non recommandé chez les sujets âgés	
Naproxène		Épisode d'insuffisance rénale aiguë AINS à éviter absolument chez ce patient	
Tramadol		Paracétamol suffisant pendant l'hospitalisation à la suite de l'efficacité de la colchicine	
<b>Traitement de sortie</b>			
<b>Traitements non modifiés</b>			
PO Aspirine	75 mg	0-1-0 per os	
PO Oméprazole	20 mg	0-0-1 per os	RGO invalidant confirmé
PO Acide alendronique	70 mg	1/semaine	
PO Calcium-colécalciférol (Vit. D3)	1/j	Per os	
PO Paracétamol	1 g	Jusque *3/j per os	Si douleur
<b>Traitement modifié à réévaluer</b>			
PO Allopurinol	200 mg	1-0-0	À reprendre 3 semaines après l'introduction de la colchicine
<b>Traitements introduits à réévaluer</b>			
PO Olmésartan	20 mg	1-0-0 per os	Relais olmésartan-hydrochlorothiazide
PO Colchicine	0,5 mg le matin	Polyarthrite microcristalline diffuse Avis rhumatologique : durée 5 semaines, puis arrêt, sous couvert d'allopurinol	

et appétit, plainte mnésique, humeur dépressive, dépendance. Une évaluation gériatrique standardisée pourra être demandée le cas échéant.

### Listes explicites de prescriptions potentiellement inappropriées

Ces listes fournissent une aide et une justification externe précieuses lors de recommandations d'arrêt de médicaments. Les médicaments potentiellement inappropriés sont des médicaments dont le rapport bénéfice/risque a été jugé défavorable chez les sujets âgés par un panel d'experts de différents domaines.

*J.B. Beuscart déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

De nombreuses listes ont été développées dans le monde. La liste de critères appelée STOPP/START est reconnue et très utilisée dans le contexte européen [3]. Une liste française, portée par l'équipe du Pr Laroche, est en cours de finalisation. Pour les patients les plus fragiles, une liste appelée STOPPFrail est disponible pour aider à la déprescription, mais elle n'est pas traduite en français [4].

Pendant, potentiellement inapproprié ne veut pas dire contre-indiqué : c'est l'expertise du praticien qui détermine in fine si le médicament est réellement inapproprié pour un patient donné.

## RÉFÉRENCES

1. Alhawassi TM et al. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging* 2014;9:2079-86.

2. Hughes LD et al. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2013;42(1):62-9.

3. O'Mahony D et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44(2):213-8.

4. Lavan AH et al. STOPPFrail (screening tool of older persons prescriptions in frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing* 2017;46(4):600-7.