

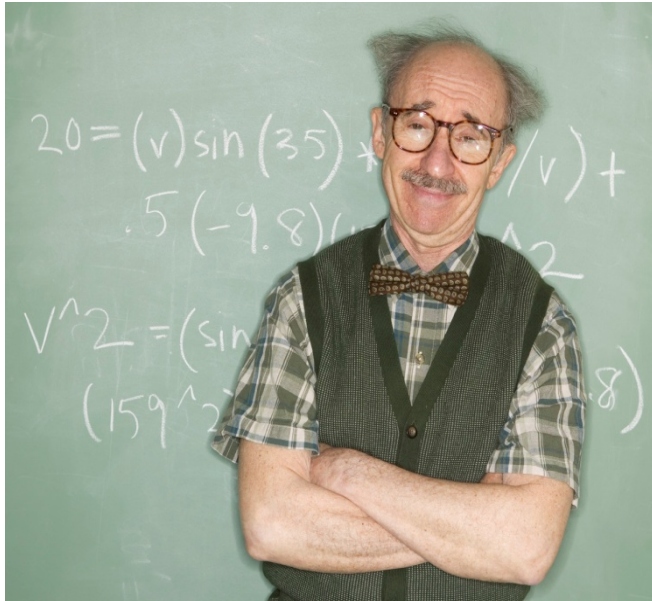
**« Prescribers are humans,
and therefore
they make mistakes. »**



Médecine Interne Gériatrie

Effets indésirables médicamenteux et sujets âgés

philippe.chassagne@chu-rouen.fr



- Quelques chiffres, quelques définitions
- Savoir réviser une (son) ordonnance (comment prévenir la iatrogénie et les EIM)...
- Quand réviser son ordonnance ?

Chiffres clés, définitions :

- 20 % des Français consomment 40 % des médicaments⁽¹⁾ et.... ils ont plus de 65 ans
- Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents après 65 ans
- Effet indésirable médicamenteux : réponse à un médicament néfaste et non recherché à des fins prophylactiques ou thérapeutiques⁽²⁾

¹ Cour des comptes . Rapport annuel 2003,

² WHO. 1969

Effets indésirables médicamenteux (« ADE »)

- Peut résulter d'une erreur ⁽¹⁾
 - 1) de prescription
 - 2) de dispensation
 - depuis l'observance à la gestion
 - critères chronologiques et bibliographiques
 - effets indésirables évitables ou non ...
 - 50 % d'erreur, 50 % liés à la dispensation

⁽¹⁾ *Leape LL. JAMA 1995*

PROZAC : 1.0.0

Ph. Chassagne et collaborateurs...CHU Rouen

Iatrogénie

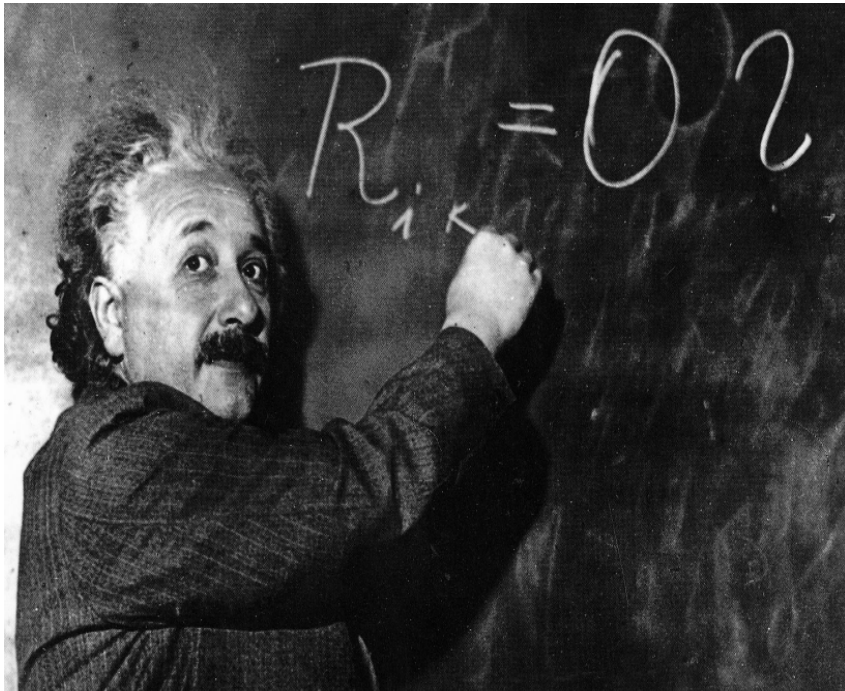
Observance (automédication)

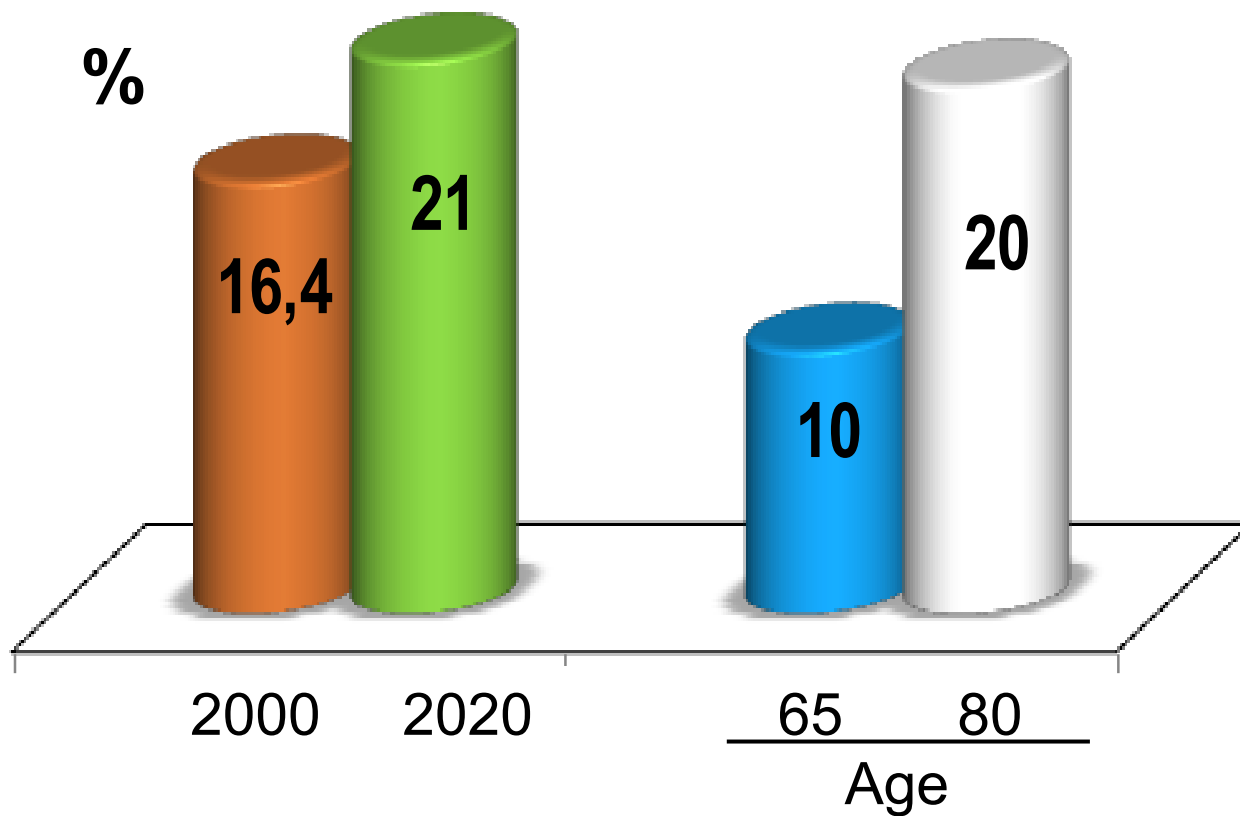
Interactions

Polymédicamentation

Polypathologie

Sujet âgé

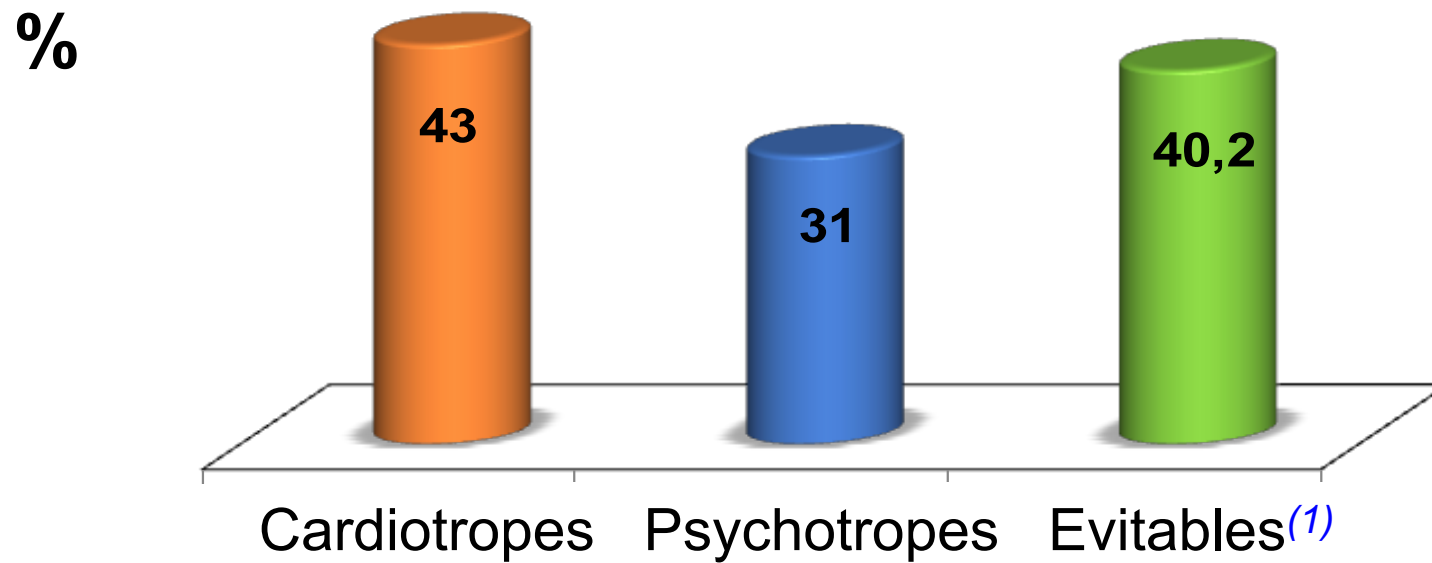




≥ 65 ans

**Hospitalisations
pour iatrogénie**

Intoxication médicamenteuse : les « coupables »



(1) Doucet. Clin Drug Invest 2002;22:385-92

- Population communautaire, USA,
- Incidence iatrogénie : 20/1000 personnes/an ⁽¹⁾
- 27 % des accidents seraient « évitables »

⁽¹⁾ Gurwitz JH. JAMA 2003;289:1107-16

Latrogénie : déterminants

Sujet

Pharmacocinétique
Polypathologie
Troubles cognitifs
I. rénale chronique
Dénutrition
Observance

Traitement

Prévalence des pathologies
cardiovasculaires, neuro
Cognition
Galénique médicamenteuse
Défaut d'éducation
(patient-aidant)
Polymédication

Polymédicamentation

13/18/95 (R)

- 1) ECARIDE (asp). 1/100. 1/100. 1/100
- 2) LOBECI 50mg (ant). 2/100. 1/100
- 3) AMLOD. (ant). 2/100. 1/100
- 4) ALDONEX 500g (ant). 1/100. 1/100
- 5) ASPEGIC 250g (ant). 1/100. 1/100
- 6) DAFRAN 100g (7 tabl) 3/100. 1/100
- 7) DIFUSOR 100g (ant) 1/100. 1/100
- 8) VOLTAREN ENVOCA (4tbl)
- 9) DIAZEMOL (6tbl) 6/100
- 10) CONSTATONE (1tbl) 3/100
- 11) DIAZEMOL 200g LP (ant)
- 12) DIAZEMOL 100g (ant) 1/100. 1/100

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

- 1) VEINAMID 3000 (ant) 1/100
- 2) LITHONORINE 9tbl (ant) 30 gtbl.
- 3) ORKADIC - ant (ant) 1/100
- 4) DIFRAZOL 100g (ant) 3/100
- 5) NODANE (ant) 2/100
- 6) FAZOL 100g (1tbl) 10tbl 2/100
- 7) NOCTAN 10 (ant) 1/100
- 8) VALON 100g (ant) 1/100
- 9) DIAZEMOL 100g (2tbl)
- 10) DIAZEMOL 100g (2tbl) 1/100

Est. par [signature]

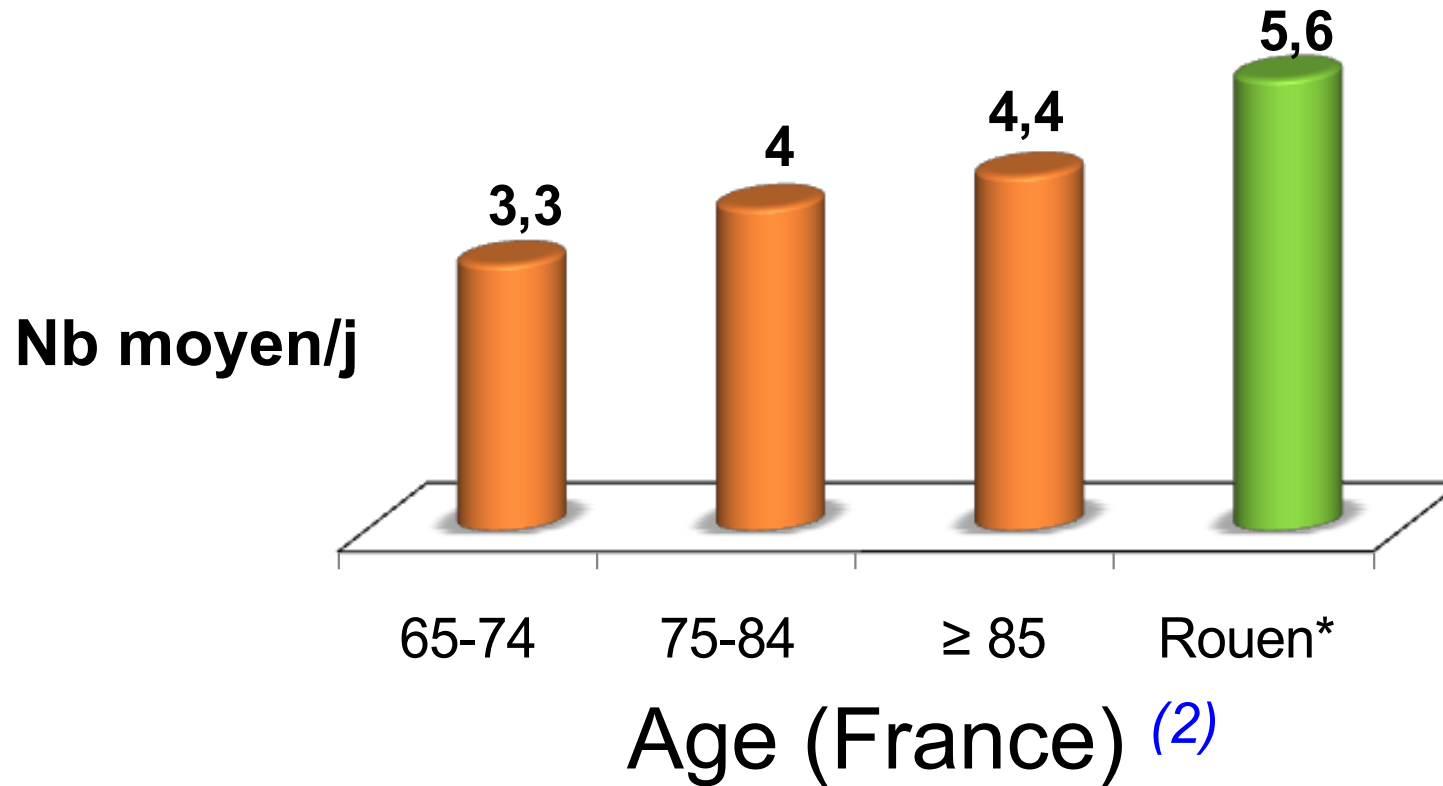
RECHERCHÉ
PHARMACIE
RUE DE LA SERRAVALLE 11
1050 BRUXELLES
TÉLÉPHONE 02 735 20 20

REGISTRÉ
N° 31/8/95
RÉNOUVELLEMENT DU 31/8/95

ASSURÉ
2 L'OPRIEL CPR 500mg B130
1 ECARIZIDE CPR B128
6 DAFRAN 100g GELU 500mg B118
1 ALDOMET CPR 500mg B130
2 AMLODIN CPR 5mg B130
2 ASPEGIC 250 PDR SACH B120
1 CONSTATONE CPR B130
1 PROXENID L.P. CPR 200mg B114
1 DIAZEMOL LONG TRANSDERMIC B130
394526
394527
394528
394529
394530
394531
394532
394533

4 VOLTAREN ENVOCA BEL 500
6 DIAZEMOL GELU BEL B130

Polymédicamentation ($\geq 5/j$) ⁽¹⁾ Population communautaire

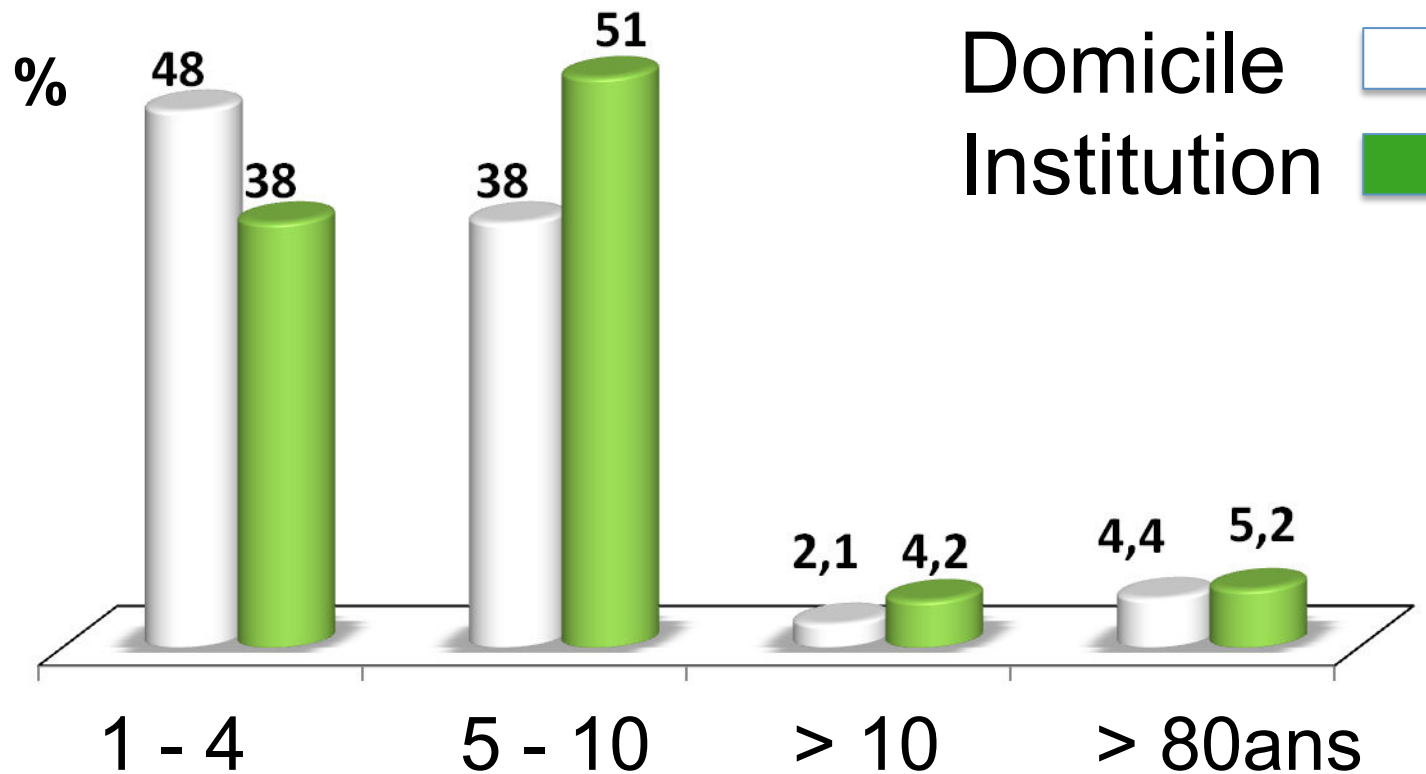


* Rouen : *Centre Régional d'Evaluation Gériatrique*

⁽¹⁾ *Académie Nationale de Pharmacie, Juin 2005*

⁽²⁾ *Enquête ESPS – IRDES 2000*

PAQUID (1998), n = 3 777



(1) Emeriau. Bull Acad Natle Med 1998

Le risque d'effets indésirables et d'interactions est corrélé au nb de médicaments ⁽¹⁾

Si $n \geq 5$ alors **OR = 2** EIM

Si $n = 5 = 26$ interactions théoriques

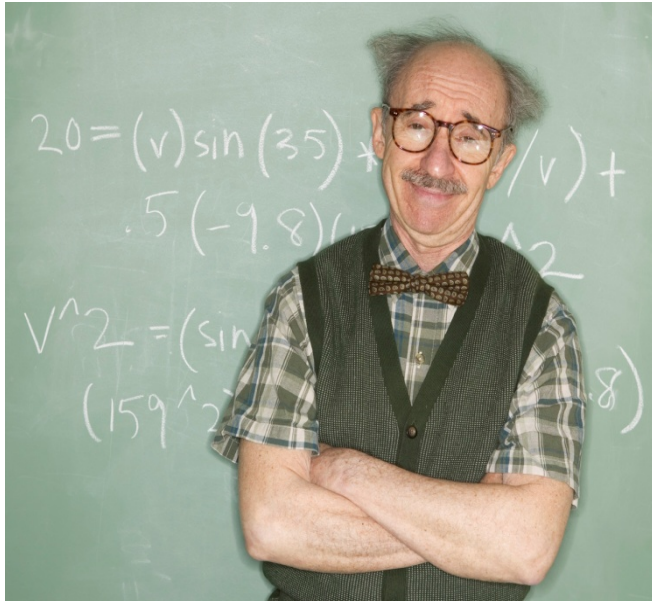
Si $n = 10 = 1013$ interactions...

(1) Field TS. Arch Intern Med 2001

- **Polymédicamentation**
- Savoir réviser une (son) ordonnance (ou comment prévenir la iatrogénie)

Sujet âgé : définition

« ... plus de 75 ans... polypathologique...
polymédicamenté...à risque de perte
fonctionnelle et de dépendance...
syndromes gériatriques...prise en charge
globale... médico-psychosociale...
fragiles »



- Quelques chiffres, quelques définitions
- **Savoir réviser une (son) ordonnance (ou comment prévenir la iatrogénie et les EIM)...**
- Quand réviser son ordonnance ?

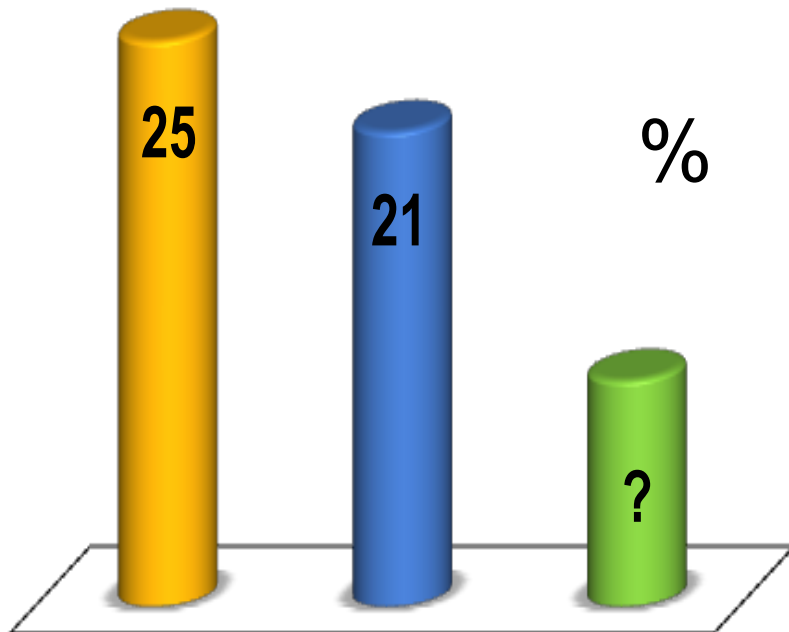


Analyse



Quantitative

Qualitative



Overuse : médicament prescrit sans indication (SMR : insuffisant)

Misuse : risques >> bénéfices attendus

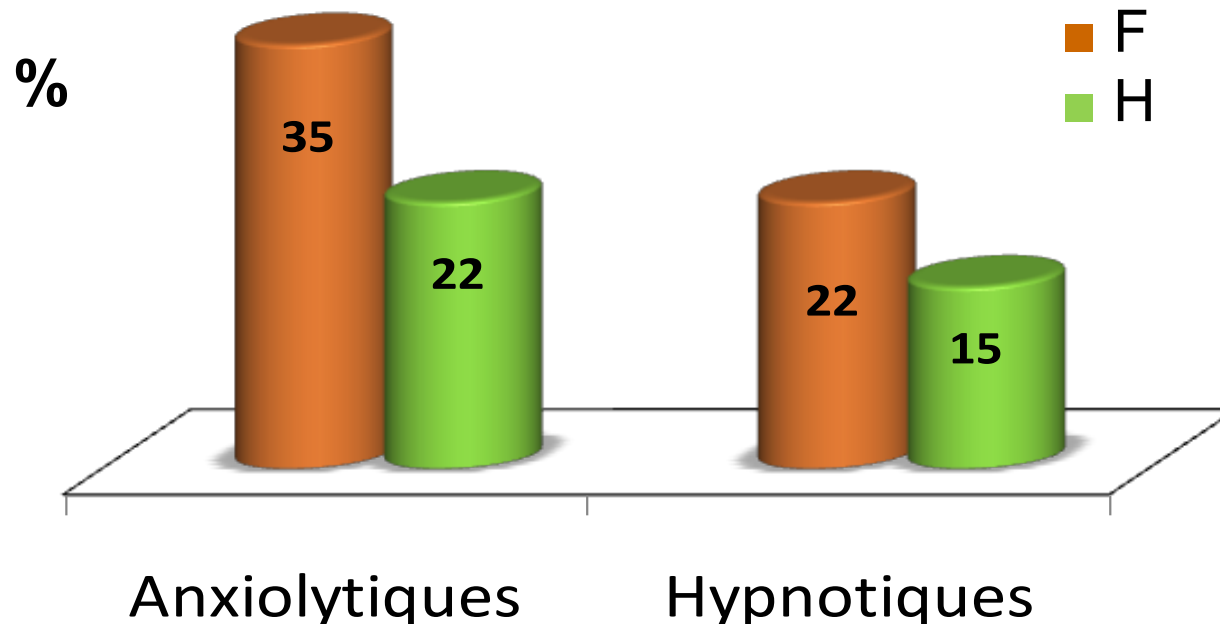
Underuse : Absence de traitement malgré une efficacité démontrée (manque)

(1) *Enquête ESPS – IRDES 2000*

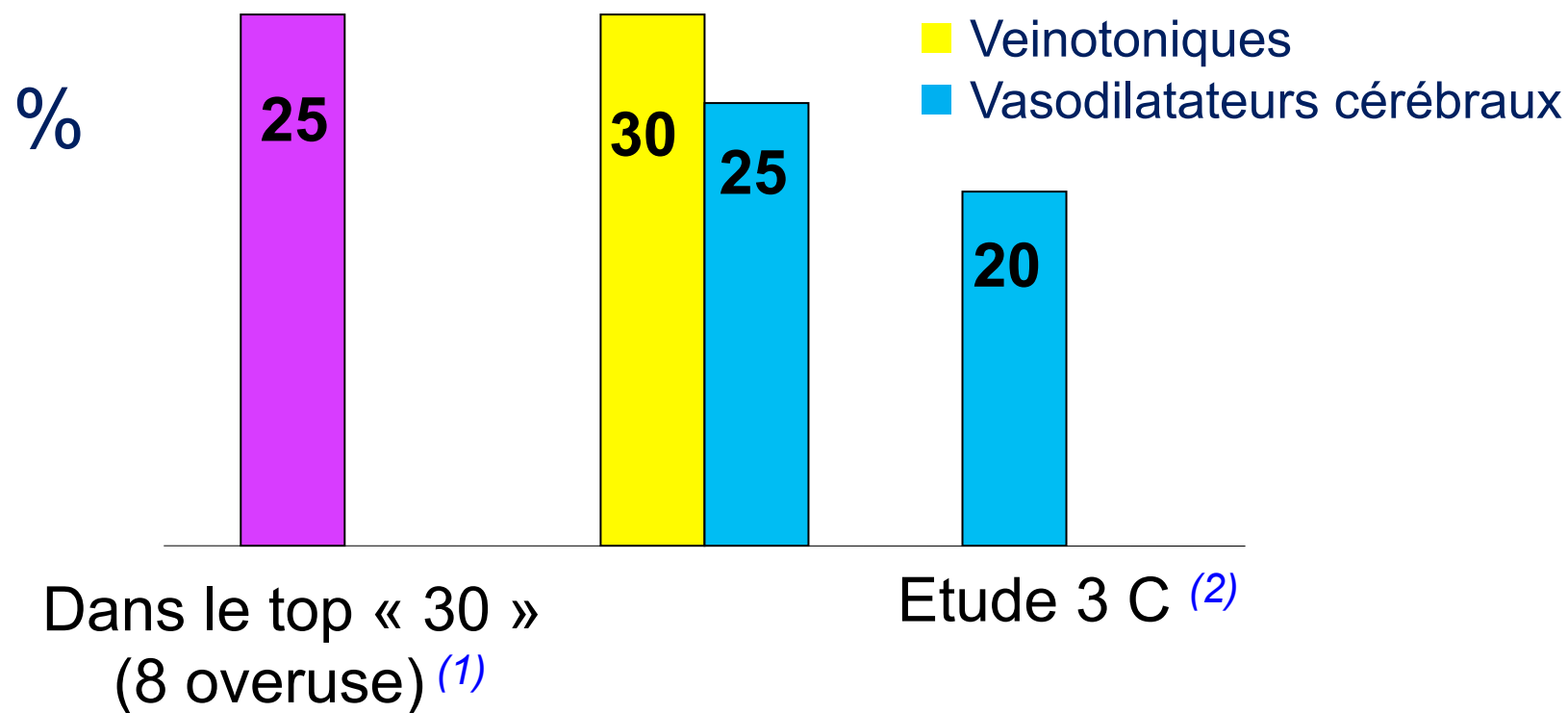
(2) *Curtis LH. Arch Intern Med 2004;164:1621-25*

« Overuse » : excès de prescription

- Benzodiazépines utilisées comme hypnotiques ou antidépresseur
- EGB 761 : traitement à visée symptomatique du déficit cognitif... pathologique



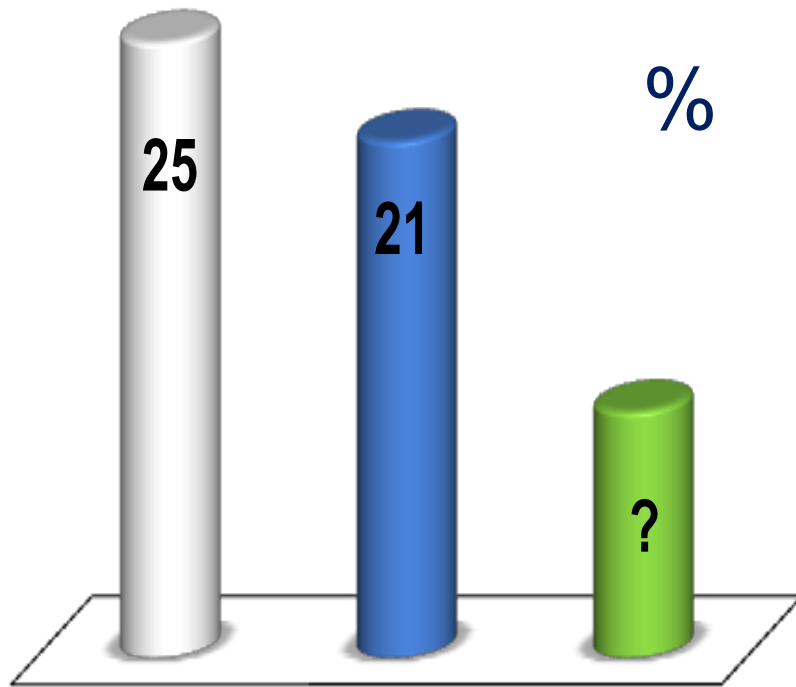
Service médical rendu insuffisant : Bénéfice << coût



(1) *Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) – IRDES. 2000.*

(2) *Eur J Clin Pharmacol Lechevallier, Michel N 2005;60:813-19*

« MISUSE »: médicament potentiellement inapproprié



risques >> bénéfices

ANTICHOLINESTÉRAZIQUES
ANTICHOLINERGIQUES et
INCONTINENCE URINAIRE

A Prescribing Cascade Involving Cholinesterase Inhibitors and Anticholinergic Drugs

Sudeep S. Gill, MD, MSc, FRCPC; Muhammad Mamdani, PharmD, MA, MPH; Gary Naglie, MD, FRCPC; David L. Streiner, PhD; Susan E. Bronskill, PhD; Alexander Kopp, BSc; Kenneth I. Shulman, MD, SM, FRCPC; Philip E. Lee, MD, FRCPC; Paula A. Rochon, MD, MPH, FRCPC

Arch Intern Med 2005;165:808-813

Ce que l' on sait :

- . Anticholinergiques + IAChE ⁽¹⁾ : association fréquente (33 %)
- . Anticholinergiques dans MA : ↑ risque de confusion et de déclin cognitif
- . Association « antagoniste » utilisée quel que soit l' ordre de prescription des médicaments ⁽²⁾
- . Les IAChE peuvent aggraver ou révéler une incontinence urinaire (urgence mictionnelle)

(1) Roe. JAGS 2002

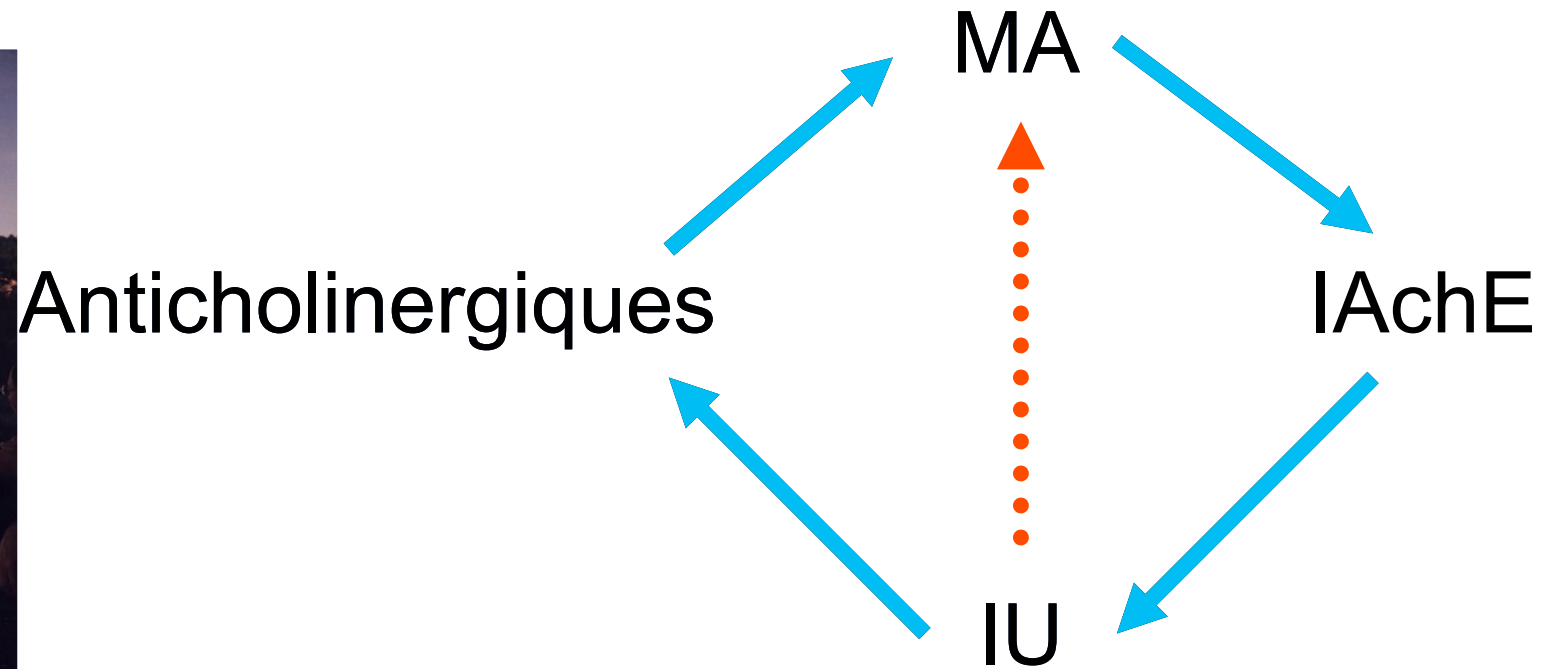
(2) Carnahan. JAGS 2004

- 44 884 sujets avec M.A, m = 81 ans, suivi 4 ans
- Continents, pas d'anticholinergiques
- 2 groupes : avec ou sans IAChE
- Variables : prescription incidente d'un anticholinergique ⁽¹⁾ pour traiter une Incontinence Urinaire acquise

(1) oxybutinine, toltérodine

- Dans le groupe IAChE : plus d'anticholinergiques prescrits ($p < .001$) et cela indépendamment du sexe, lieu de vie (institution ou non)
- La prescription d'un anticholinergique est plus fréquente chez les plus âgés (RR = 1,66)

Ce que cette étude apporte :



Misuse : MPI

Les facteurs de risque

- Sexe féminin ⁽¹⁾
- Mauvais état de santé
- Syndrome dépressif ⁽²⁾
- Multiples consultations médicales ⁽³⁾
(**multiples prescripteurs** dans l'année précédente)
- Polymédication
- Hospitalisation récente
- Protection sociale, facteurs culturels

(1) Zhan C. JAMA 2001

(2) Stuck AE. Arch Intern Med 1994

(3) Hanlon TJ. Pharmacotherapy 2000

« Misuse » : MPI (non recommandé)

Risques >> bénéfices attendus

Référentiels

- 1993-2003 : Critères de « Beers » ⁽¹⁾ USA.
- 2005 : France ⁽²⁾

Notion d'erreur

Risque iatrogène
(possible)⁽³⁾

(1) Fick DM. Arch Intern Med 2003;163:2716-24

(2) Lechevallier M. Eur J Clin Pharmacol 2005;60:813-819

(3) Hanlon TJ. Med Care 2002

« Misuse » : les classiques

- Association : 2 AINS, 2 BZD
- BZD de demi-vie longue ≥ 20 h (Diazépam, Clobazam)
- IPP au long cours pour « RGO », protection digestive et corticoïdes
- Association non justifiée : AVK + AAP
- Vitaminothérapie, sels de fer
- Anticholinergiques et maladie d'Alzheimer

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

J. Mois de H

me

- 1 PLAVIX 75mg 1cp/jour
- 2 HÉMIPOXINE Naturelle 0,125mg 1cp/jour
- 3 COENZEM 8mg 1cp le matin
- 4 KENZEM 8mg 1/2 cp le soir
- 5 BURINEX 1mg 1cp le matin
- 6 ALDACTONE 25mg 1cp le matin

- 7 FLUDIL LP 5mg 1cp/jour
- 8 CARDENSIEL 10mg 1/2 matin 1/2 soir

Pharmacie MONTARIOL S.N.C.
100, Rue d'Avignon - NIMES
10 DEC. 2004
Tél./Fax : 04.66.26.70.11

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

J. Mois de H

- 9 ENISTA 60mg 1cp/jour
- 10 ACTONEL 30 1cp/jour ~~1cp/jour~~
- 11 OROCAL D3 2cp/ja mardi

ostéoporose

- 12 CELEBREX 200 1 gel matin 1 gel soir 1cp/jour
- 13 DOLIPRANE 1000 3 à 4 cp/jour
- 14 ZUMALGIC 50mg effev 2/jour en 1/2
- 15 MOTILID 3 à 6/j au moment de friser

N° de lot : 310000306366

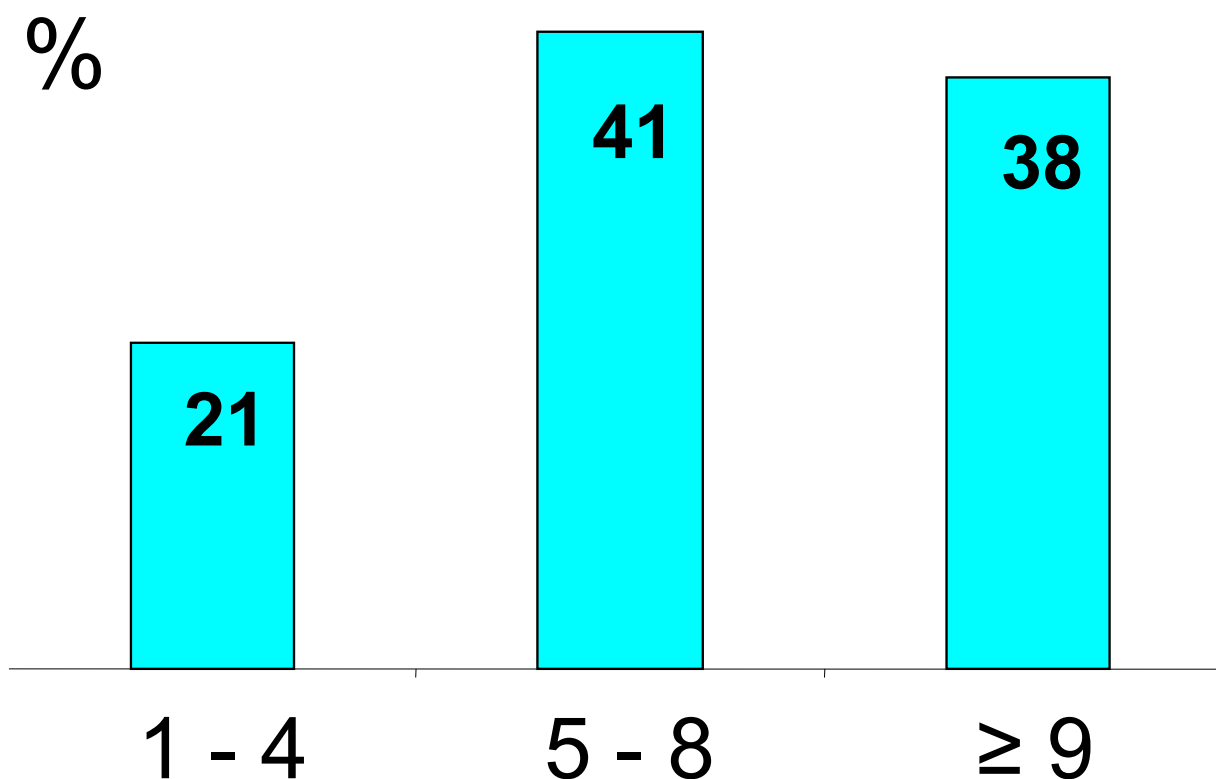
« Misuse » à la sortie hôpital ⁽¹⁾

- Prévalence : 20 à 59 % ⁽¹⁾
- Trois erreurs (sans bénéfice, non justifiée, doublon)
- Ordonnances de sortie, 11 hôpitaux
- 384 sujets fragiles ⁽²⁾, plus de 65 ans
- Mesure : facteurs de risque d' une prescription inappropriée [Medication Appropriateness Index (MAI)]

(1) Hajjar ER. JAGS 2005

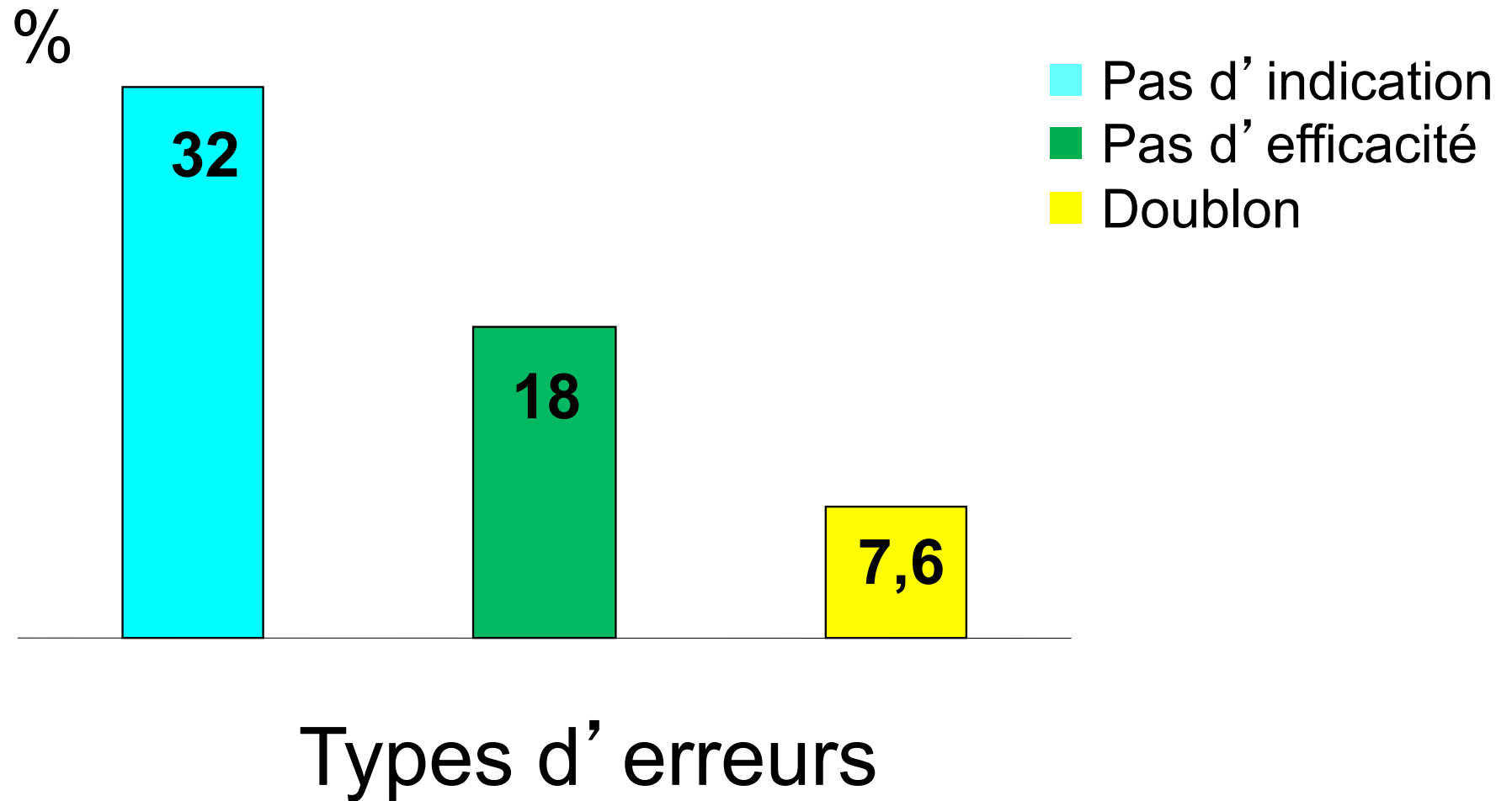
(2) Schmader KE. Am J Med 2004

« Misuse » sortie de l'hôpital



Nombre de médicaments (/j) prescrits à la sortie

« Misuse » sortie de l'hôpital



Risque d'hospitalisation et de décès, EHPAD et médicaments inappropriés (critères de Beers)

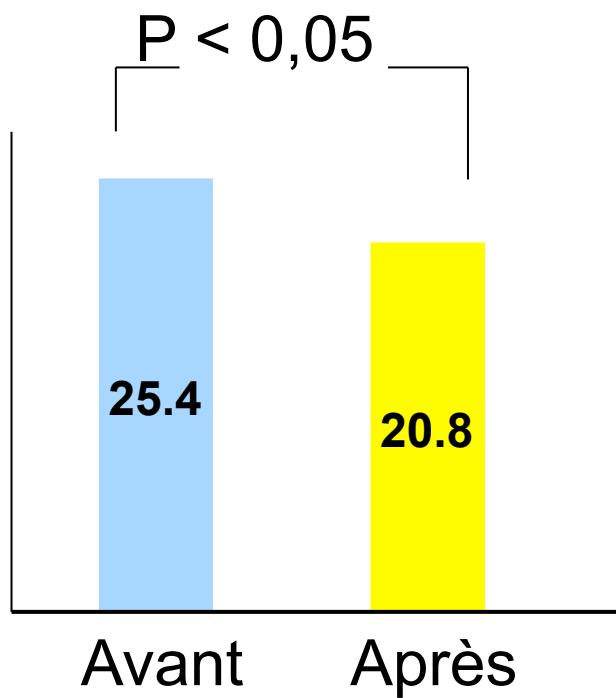
	OR
Hospitalisation	1.27
Décès	1.28
Décès si multiples « misuse »	1.89

Événement constaté dans les 30 jours suivant la prescription.

Prescription inappropriée avant et après admission en institution.

Référentiel (Beers)

- n = 19 911, âge : 83 ans, admission en institution programmée
- Prescriptions des 12 derniers mois
- Recommandations pour 49 médicaments
 - ex : . 2 BZD de demi-vie longue associés
 - . Dipyridamole ...
- Validation des prescriptions dans les 90 jours après l'admission **puis** suivi (12 mois) **puis** analyse des nouvelles prescriptions



Les plus coupables ...

- . Anticholinergiques (antidep.)
- BZD longue demi-vie

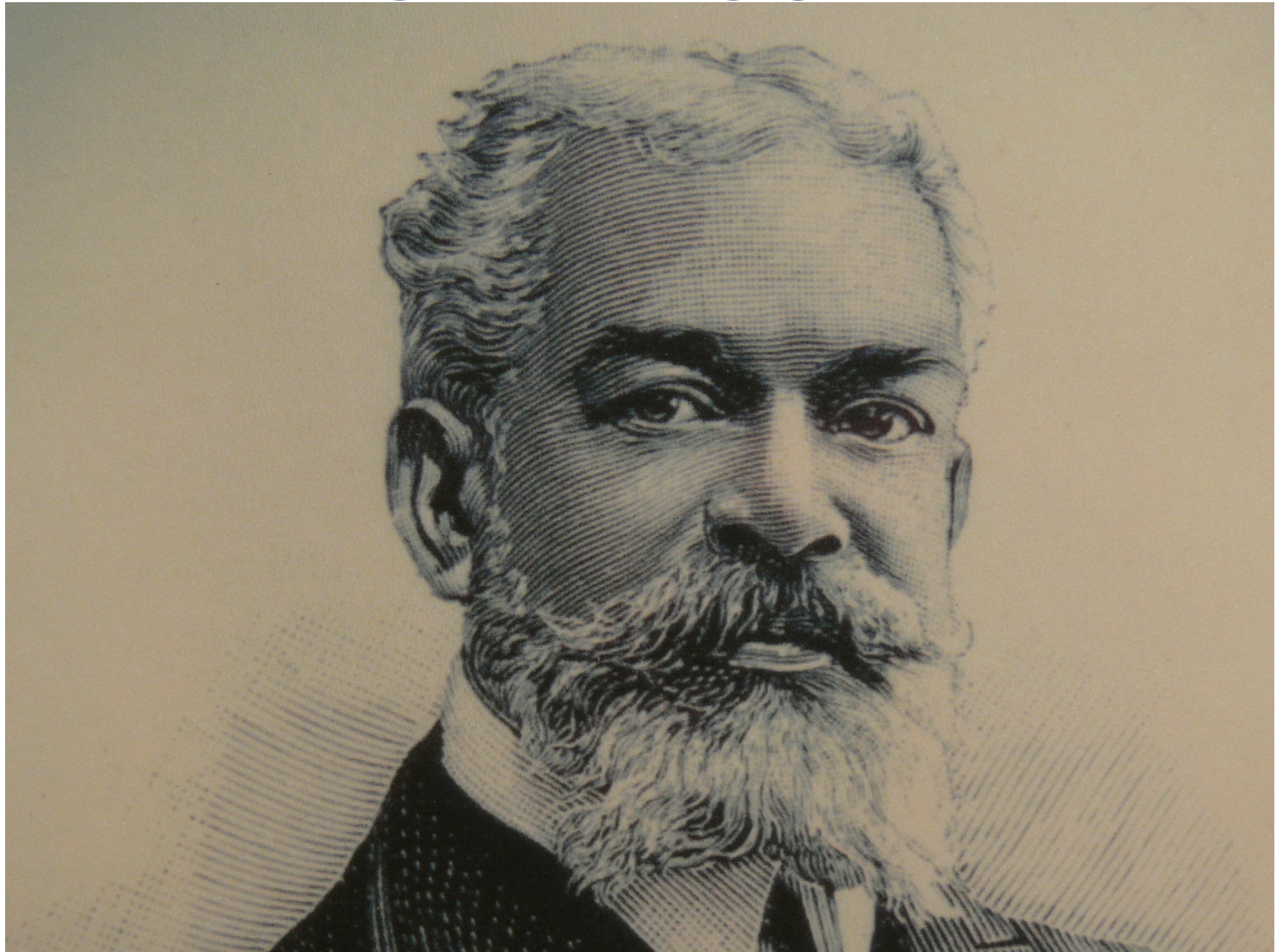
Après l'institutionnalisation :

- . 11,7 % de « nouvelles » prescriptions inappropriées

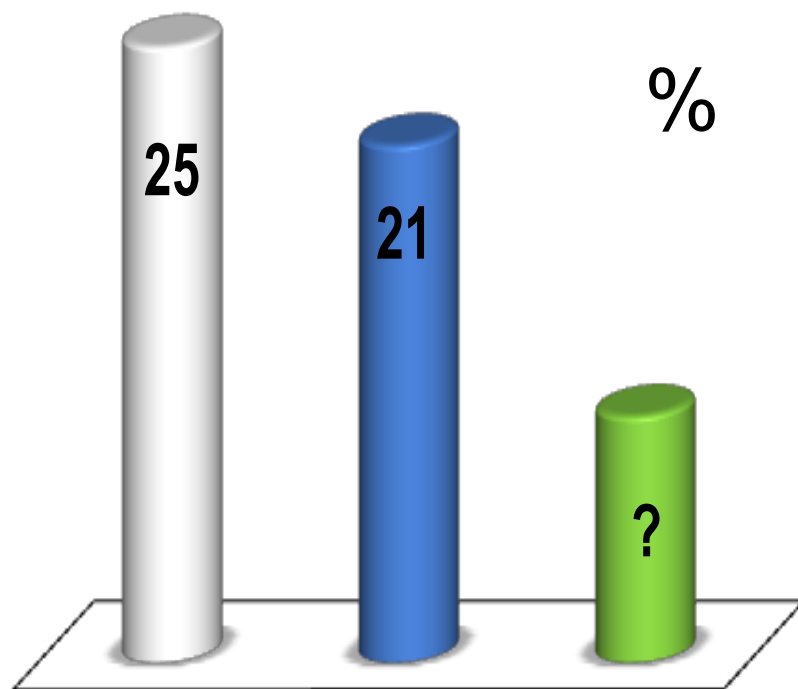
Facteurs de risque

	RR
Age < 85 ans	1.25
plus d' un prescripteur	1.40
Antcd de prescription inappropriée	6.60
Médecin	
. âgé (> 50 ans)	1.14
. Homme !!!!	1.20
. activité rurale	1.31
. non spécialiste	1.23

« UNDERUSE »



« UNDERUSE » omission de prescription



Absence de traitement
malgré une efficacité
démontrée (manque)
Perte de chance....

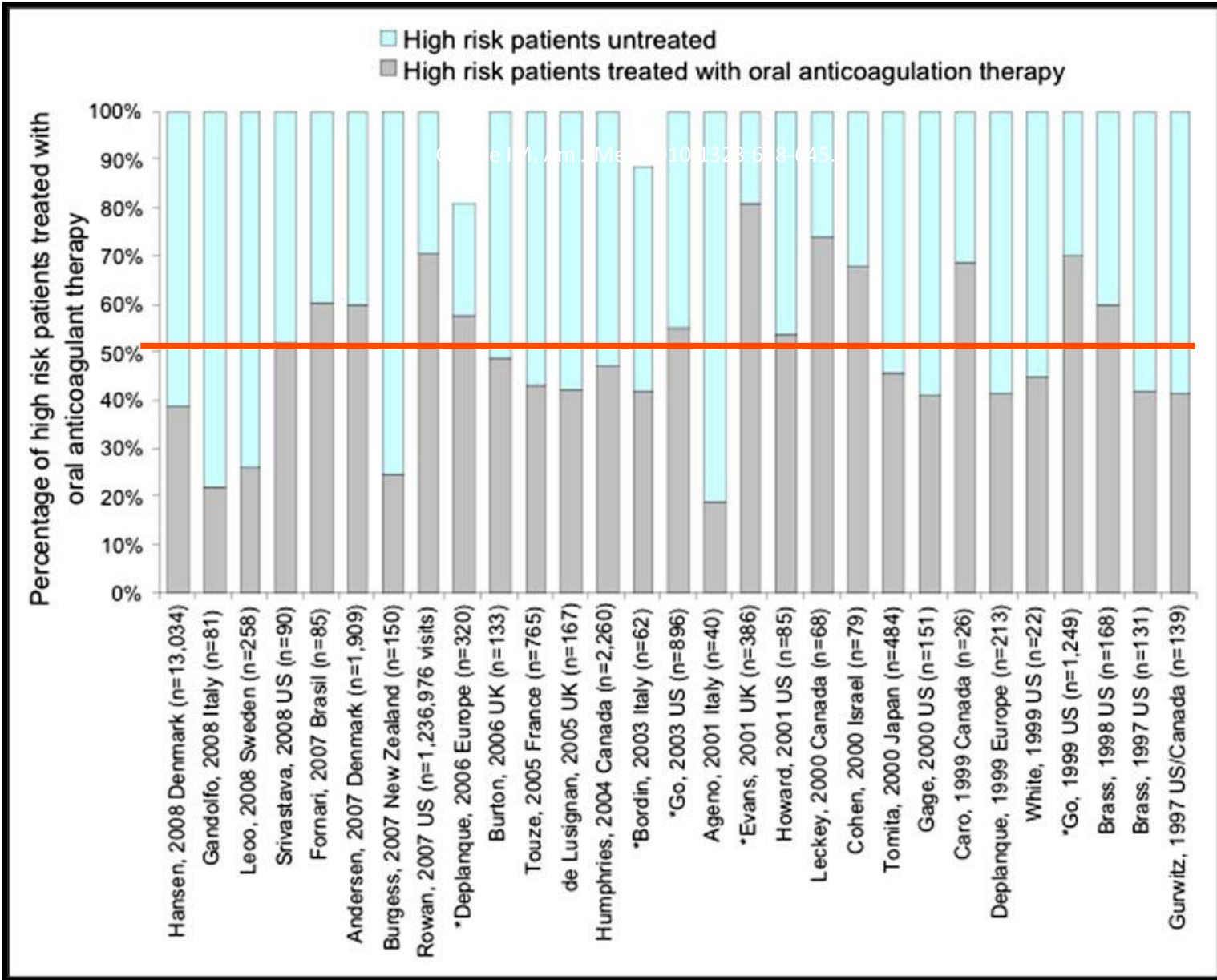
« Underuse » : pas de prescription malgré une efficacité validée (EBM)

- Fréquence moins établie (59 %) ⁽¹⁾
- Incitation pédagogique << « misuse » ou « overuse »
- Référentiel « STOPP-START »
- Les médicaments efficaces chez les sujets jeunes le sont généralement aussi chez les sujets âgés (statines) mais la gravité des Evénements Indésirables Médicamenteux (EIM) y est supérieure

(1) Barry. Age Ageing 2007;36:632-638

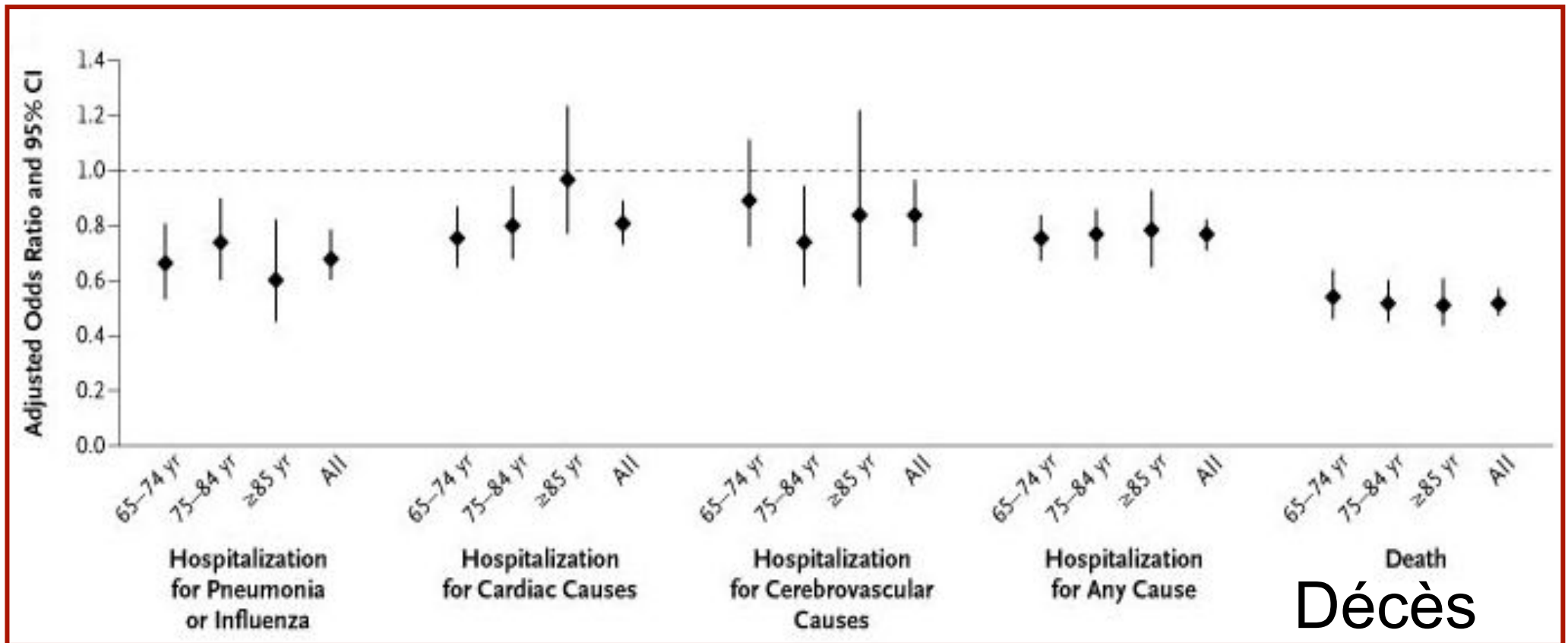
Underuse : les classiques

	Cible	Schéma
HTA systolique Diabétique hypertendu	AVC, Sd Démentiel IRC	Bithérapie, trithérapie IEC, ARA II
AAP	Vasculaire Préventions primaire et secondaire	Clopidogrel Aspirine
IRC	Néphro-protection ↳ albuminurie	IEC – ARA II
Dépression	Perte cognitive, isolement Déclin cognitif	IRSS, IMAO
Ostéoporose	FESF ++ (décès)	ABP, strontium Biothérapie Vit D++
AC-FA	AVC	AVK



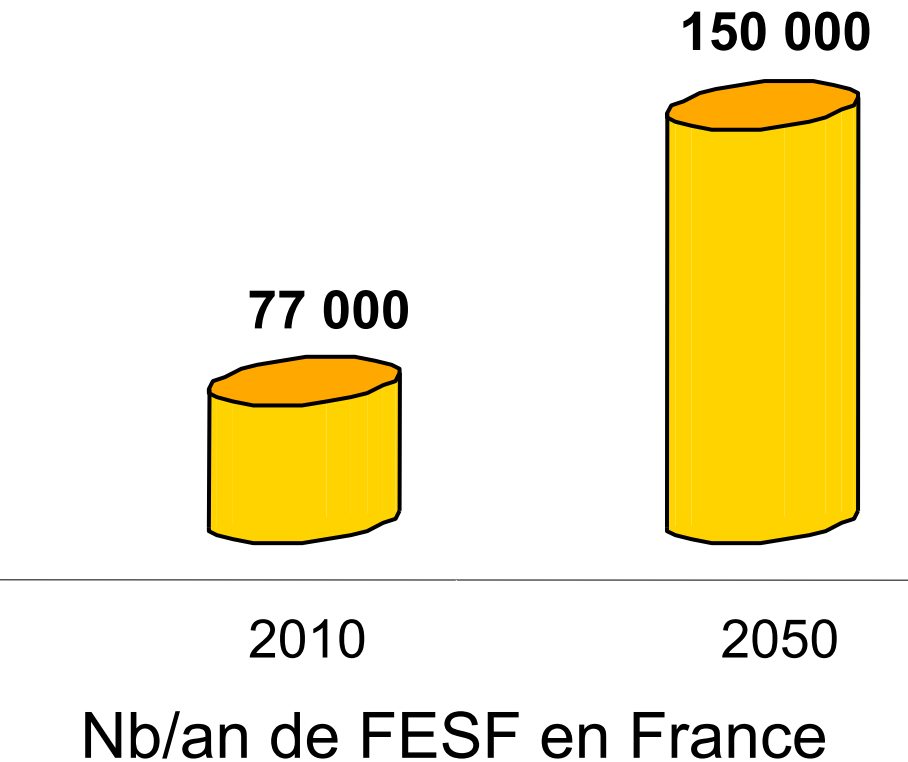
Ogilvie IM. Am J Med 2010;1323:638-645.

Risque relatif ajusté selon la couverture vaccinale. Prévention vasculaire.



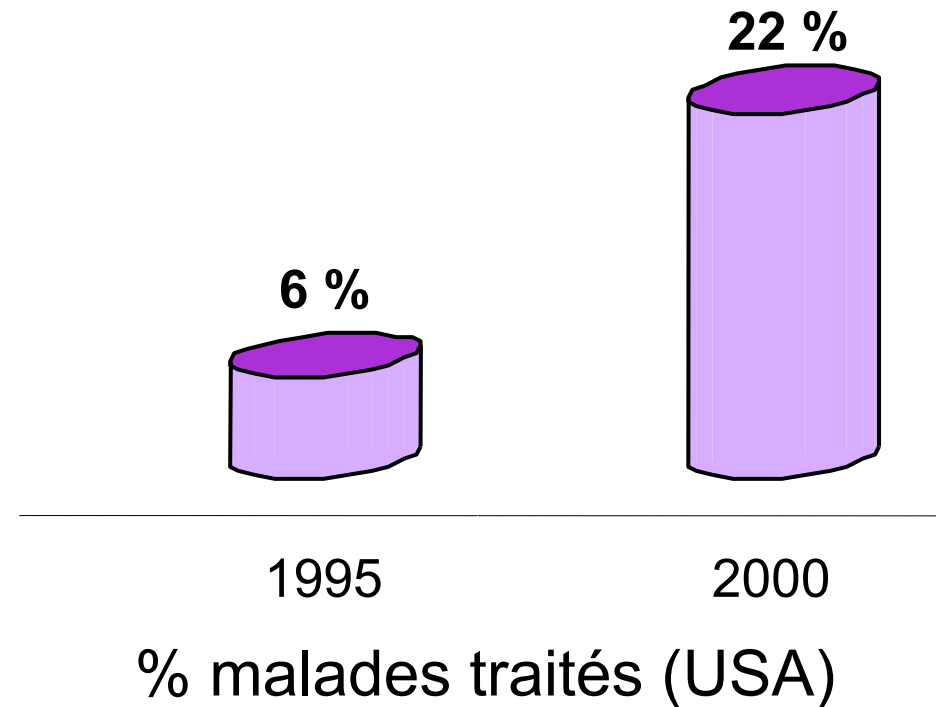


**Vous avez dit
prévention ?**



IRDES 2002

- Prévention secondaire après une fracture récente < 6 mois (poignet, FESF)
- n = 10 279 ; âge : 82 ans



Salomon. Am J Med 2003



Polymédicamentation et « underprescription » La justification des prescripteurs

Paul AF. Jansen. JAGS 2011;59:1750-52

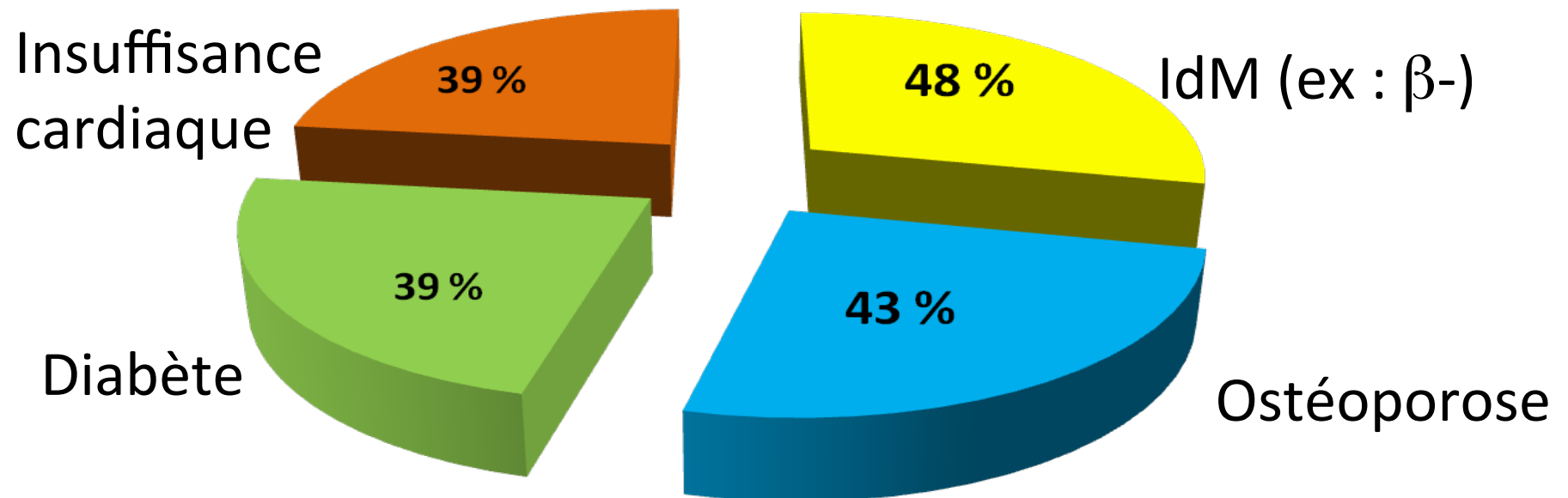
- Polymédication ≥ 5 médicaments/j
- En Europe, après 65 ans : 51 % des sujets
- consomment au moins 6 médicaments /J
- Underprescription : réduction des bénéfices
- (niveau de preuve +++) donc + 1 médicament de

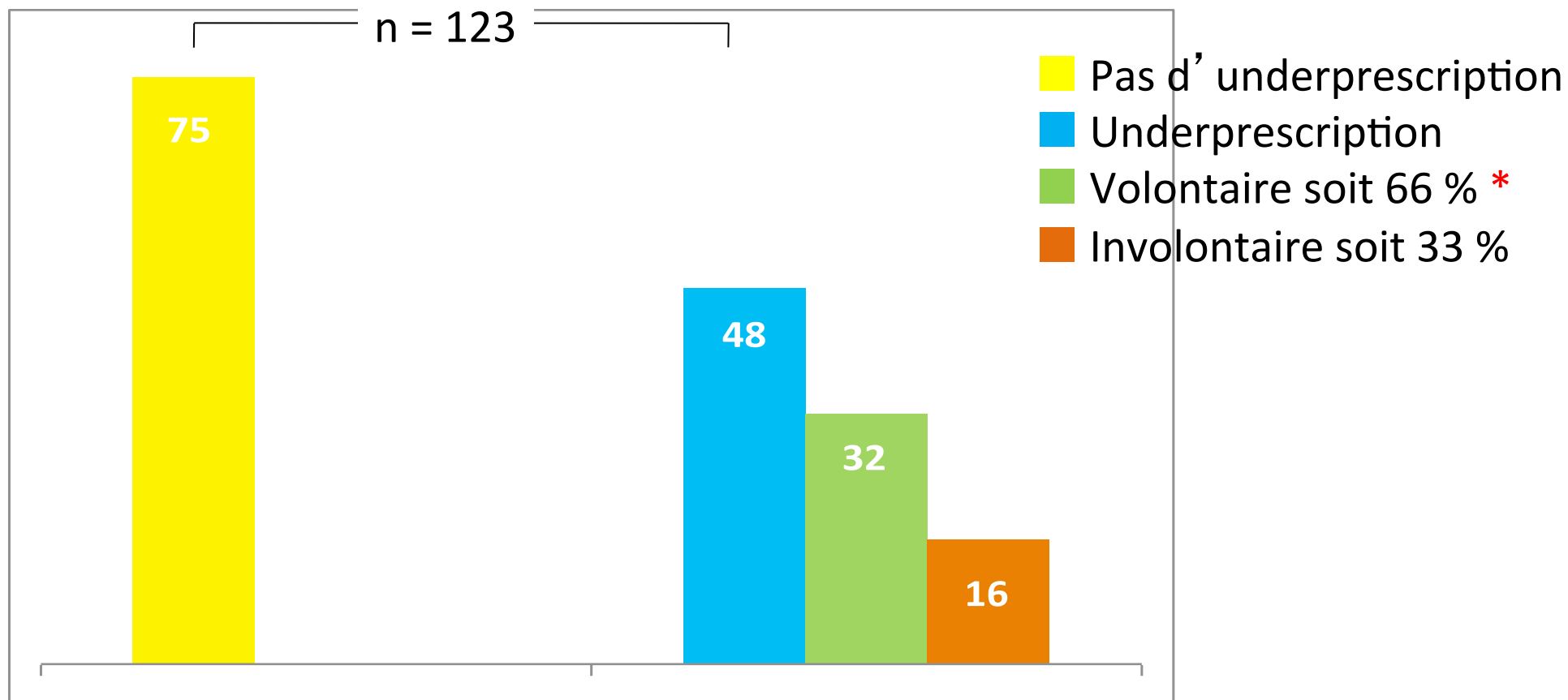
Quelles sont les raisons de la non prescription :

- Interactions ?
- effets indésirables ?
- survie ?



- Enquête, 123 sujets âgés hospitalisés,
- polymédicamentation, référentiel (Pays-Bas)
- pour définir les « underprescriptions »
- 26 % ont plus de 10 médicaments /j prescrits
- **Prévalence « underprescription » : 39 %**

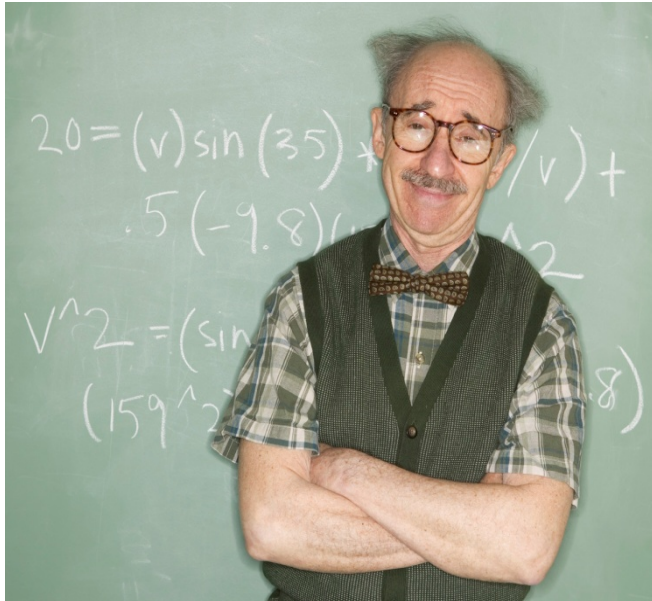




Volontaire * : espérance de vie, non observance, refus, effets indésirables, CI, recommandations insuffisantes, troubles cognitifs, grand âge.

Donc :

- Prévalence « underprescription » = 39 %
- Dans 2/3 des cas, elle serait **volontaire**
- Cardio-vasculaire, métabolisme +++

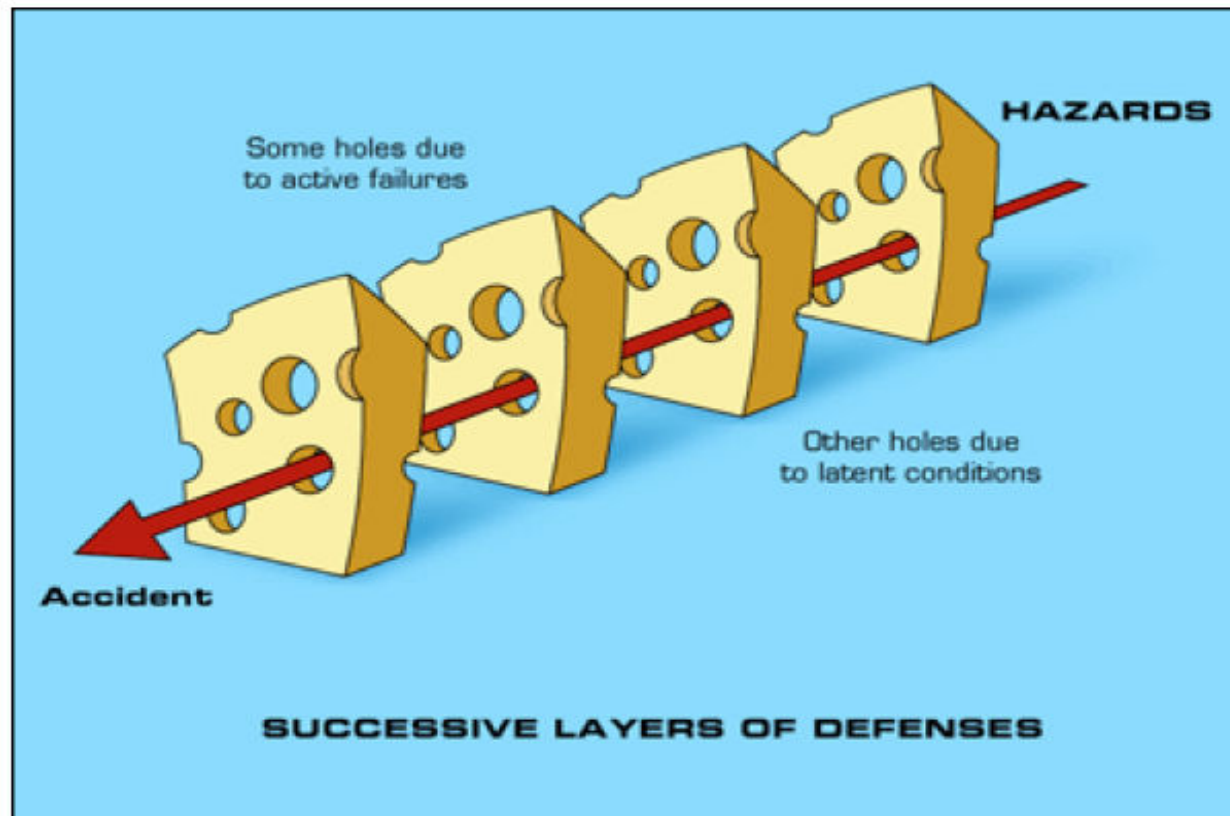


- Quelques chiffres, quelques définitions
- Savoir réviser une (son) ordonnance (ou comment prévenir la iatrogénie et les EIM)...
- **Quand réviser son ordonnance ?**

- Admission hospitalière, EHPAD
- Auto-révision périodique
- « le signe de la page d'ordonnance trop petite »
- Espérance de vie modifiée
- Inter professionnalité : « pare feu »

latrogénie : modèle de défaillance

James Reason (1990)



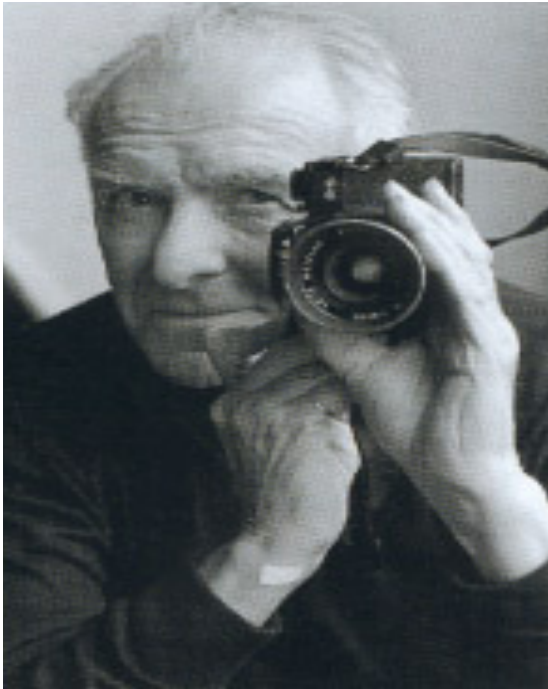
PROZAC : 1.0.0

Ph. Chassagne et collaborateurs...CHU Rouen

Quand la réviser ?

- Admission hospitalière, EHPAD
- Auto-révision périodique
- « le signe de la page d'ordonnance trop petite »
- Espérance de vie modifiée
- Inter professionnalité : « pare feu »

Evaluation gériatrique standardisée



« Procédure **multidimensionnelle, multiprofessionnelle**, pour identifier les besoins médico-psycho-sociaux d'une personne âgée et proposer une action coordonnée destinée à améliorer la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle »

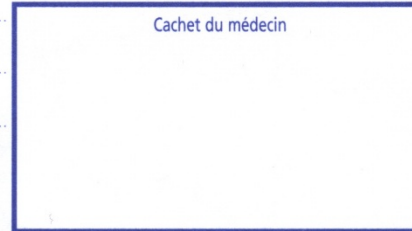
EGS et qualité de la prescription

- EGS ambulatoire : - 35 % effets indésirables sévères (OR : 0,65) (ex : Insuffisance Rénale Aiguë)
- Plus d'effets indésirables dépistés, moins de médicaments inappropriés si EGS pendant une hospitalisation avec réduction des omissions (« underuse »)

Date :

Nom du patient :

Cachet du médecin



I.A.D.L. DÉPISTAGE

CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE

Cotation

1. **Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...**

2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.

3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.

4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

CODAGE

0 . autonome

1 . dépendant

MOYEN DE TRANSPORT

Cotation

1. **Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).**

2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus.

3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e).

4. Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).

5. Je ne me déplace pas du tout.

CODAGE

0 . autonome

1 . dépendant

RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS

Cotation

1. **Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.**

2. Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.

3. Je suis incapable de les prendre de moi-même.

CODAGE

0 . autonome

1 . dépendant

CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET

Cotation

1. **Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...).**

2. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).

3. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour .

CODAGE

0 . autonome

1 . dépendant

Conclusions

- Sujet âgé : polypathologie (cognition, cardio-vasc)
- Une analyse quantitative de la prescription ne suffit pas (« Underuse +++ »)
- 20 % des prescriptions comportent au moins un médicament inapproprié
- Environ 25 % des EIM sont évitables en ville, en EHPAD ou à l'hôpital

Conclusions

- Une réévaluation périodique de la prescription est nécessaire
- Coordination et complémentarité des acteurs
- Un acteur de soins sous utilisé : le pharmacien
- Education thérapeutique (?)
- Réseau thérapeutique : clinique d'anticoagulation



**Le médecin et le
soignant qui
soignent des
grandes personnes
des héros.....**

Mèsi anpil zanmi mwen

Mwen ka swété zòt an bon kongré

Les devises Shadok



LA PLUS GRAVE MALADIE
DU CERVEAU C'EST DE
RÉFLÉCHIR.

Travaux pratiques

Homme 81 ans, vit seul à domicile

Antécédents :

- infarctus antéroseptal en 1997
- diabète non insulino-dépendant avec surpoids
- HTA systolique (pression pulsée : 80 mm Hg)
- gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale et FP
- RGO + oesophagite stade II (endoscopie de contrôle, il y a 1 an)
- FESF, il y a 3 ans (vis THS)
- adénome prostatique (3 mictions nocturnes)
- dépression réactionnelle (FESF)

- Sectral : 400 mg/j
 - Diamicron : 80 mg : 2 c/j
 - Biprofénid : 300 mg/j
 - Josir : 1 c/j
 - Motilium : 3 cuillères à café/j
 - Glucophage 850 mg : 1 c/j
 - Amlor : 10 mg/j
 - Lasilix : 40 mg/j
 - Topalgic : 3 c/j
 - Déroxat : 1 c/j
- et pour dormir Imovane : 1 cp le soir

Sa fonction rénale est « normale » (Cl. creat = 42 ml/mn).
PA : 135/80, hypotension orthostatique non symptomatique,
insuffisance cardiaque = 0; Hb Glyquée : 8 %

LES « ARRÊTABLES » (inappropriés)

	Justifications	Propositions
AINS	Risque digestif Age ++ Interactions (futures)	Infiltration * Rééducation Chirurgie
Prokinétiques	Peu efficaces Anticholinergique	IPP (à vie)

* (viscosupplémentation >> corticoïdes)

LES « SUBSTITUABLES » (inappropriés)

	Justifications	Propositions
Biguanides	Fonction rénale +++	Insuline
Furosémide	non indiqué dans l' HTA	Thiazidiques
Amlodipine	Anti-angineux ? HTA équilibrée Hypo TA ortho	IEC/ARA II

LES « RÉÉVALUABLES » (Overuse)

	Justifications	Propositions
Paroxétine	Anticholinergique dépression patente ?	Citalopram Miansérine
Hypnotiques	Depuis quand ? Quelle évaluation ? « Starter », durée de sommeil ?	
Antalgiques	Confusion Douleur contrôlée ?	autres, chir.
α Bloquants	Hypo TA ortho Efficacité (symptomatologie)	Chirurgie

LES « ABSENTS » (Underuse)

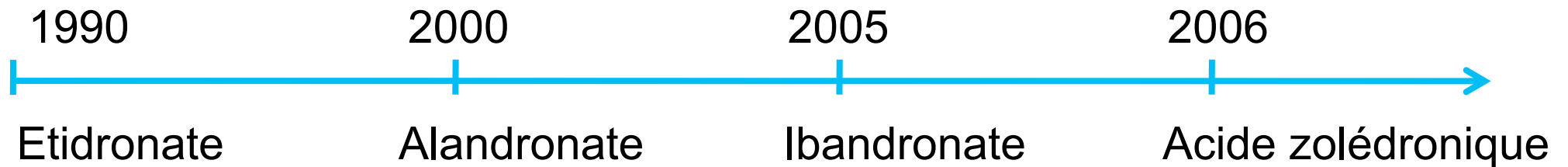
« Un hypertendu diabétique ... non ... un diabétique hypertendu »

	Niveau de preuve		Choix
• Anti-agrégants	A		Prolongé
• IEC / ARA II	A	Objectif	PA, micro Alb
• Statine	A		LDL \leq 1 g / L
• IPP	A		A vie
• Ostéoporose			
- Strontium, Denozumab	B		Ostéoporose H
- Ca ⁺⁺ , vit. D	A		

**Adhésion des malades à
un traitement préventif
(ostéoporose)
selon le nombre de
prises médicamenteuses**

Briesacher BA. Am J Med 2010;123:275-280

Ce que l'on sait :



- Observance (≥ 80 % dose prescrite)
 - 52 à 87 % ⁽¹⁾ (prise quotidienne ou hebdomadaire non observant dans les 12 mois suivants (cf. fichier ostéoporose))
- Forme mensuelle vs hebdomadaire : non génériquée (coût : 40-60 % supérieur)

*(1) Recher RR. Mayo Clin Proc 2005;80:856-861
Cramer JA. Curr Med Res Opin 2005;21:1453-60*

Hypothèse

- Une dose périodique : observance meilleure

Méthodes

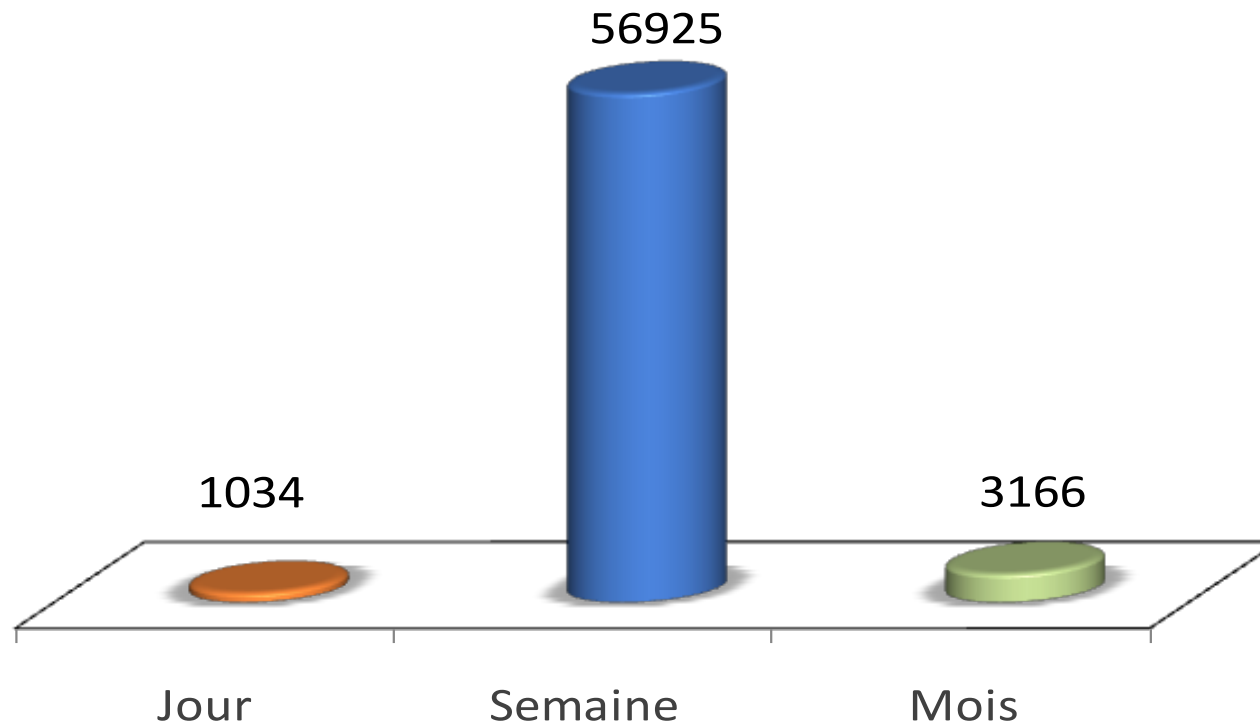
- Fichier mutuel 2001 – 2006
- Sujets âgés ≥ 50 ans, ostéoporose
- Prescription (incidente) ABP (Risédronate, Ibandronate, Alandronate)
- Suivi ≥ 24 mois

Mesures

- « Medication possession ratio » (MPR)
- $$\frac{\text{somme des doses quotidiennes prescrites}}{\text{somme des jours de l'année}}$$
- Observance satisfaisante $\geq 80 \%$

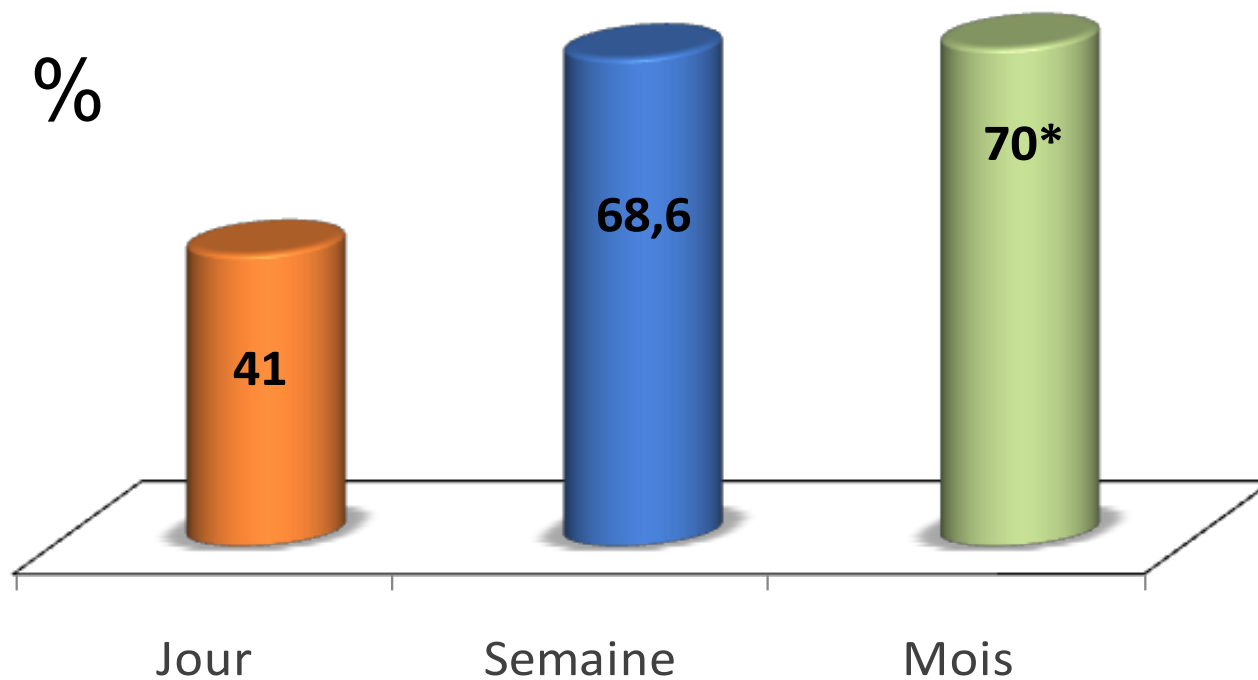
Résultats

- Age (m) = 66 ans ; ≥ 90 % femmes



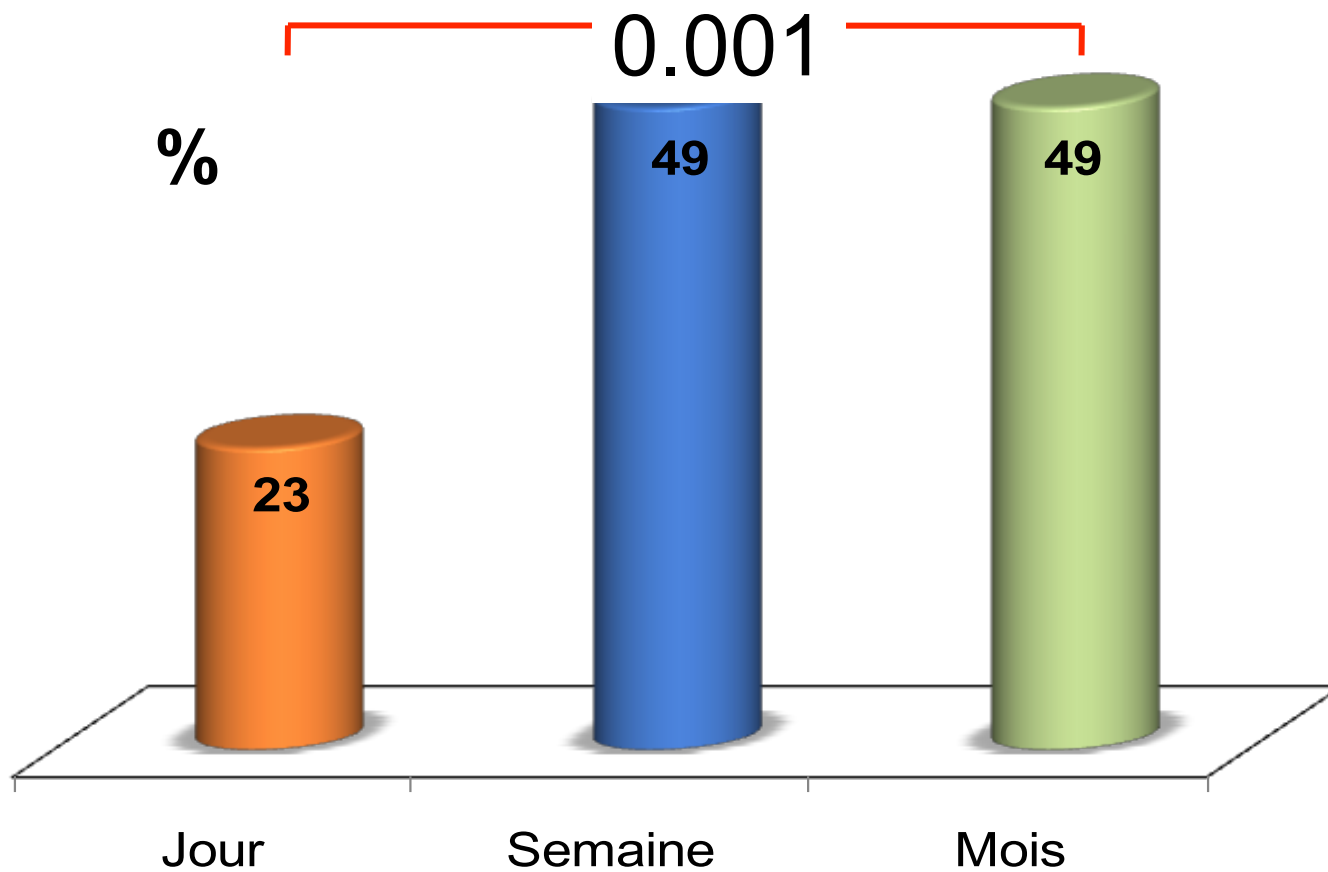
ABP

Observance (moyenne)



* Diminution après 80 ans

Observance à M 12 \geq 80 %



Donc

- L'observance est comparable entre les prises hebdomadaires et mensuelles
- La forme mensuelle n'augmente pas le taux d'observance



Critères stopp [start] et effets médicamenteux indésirables

Hamilton H. Arch Intern Med 2011;171:1013-1019

Ce que l'on sait :

Médicaments inappropriés



« Overuse »

SMR << coût

Pas d'indication

« Misuse »

Risque >> bénéfice

Évitabilité

- Référentiels * : validité des médicaments cités dépendante du pays, Beers = USA # Europe
- Médicaments inappropriés :
 - événement indésirable médicamenteux [(EIM) synonyme « Adverse drug effects »]
 - effet indésirable ou erreur médicamenteuse

Fick DM. Arch Intern Med 2003

Lechevallier-Michel N. Eur J Clin Pharmacol 2005

Ici :

- « Screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions »

STOPP

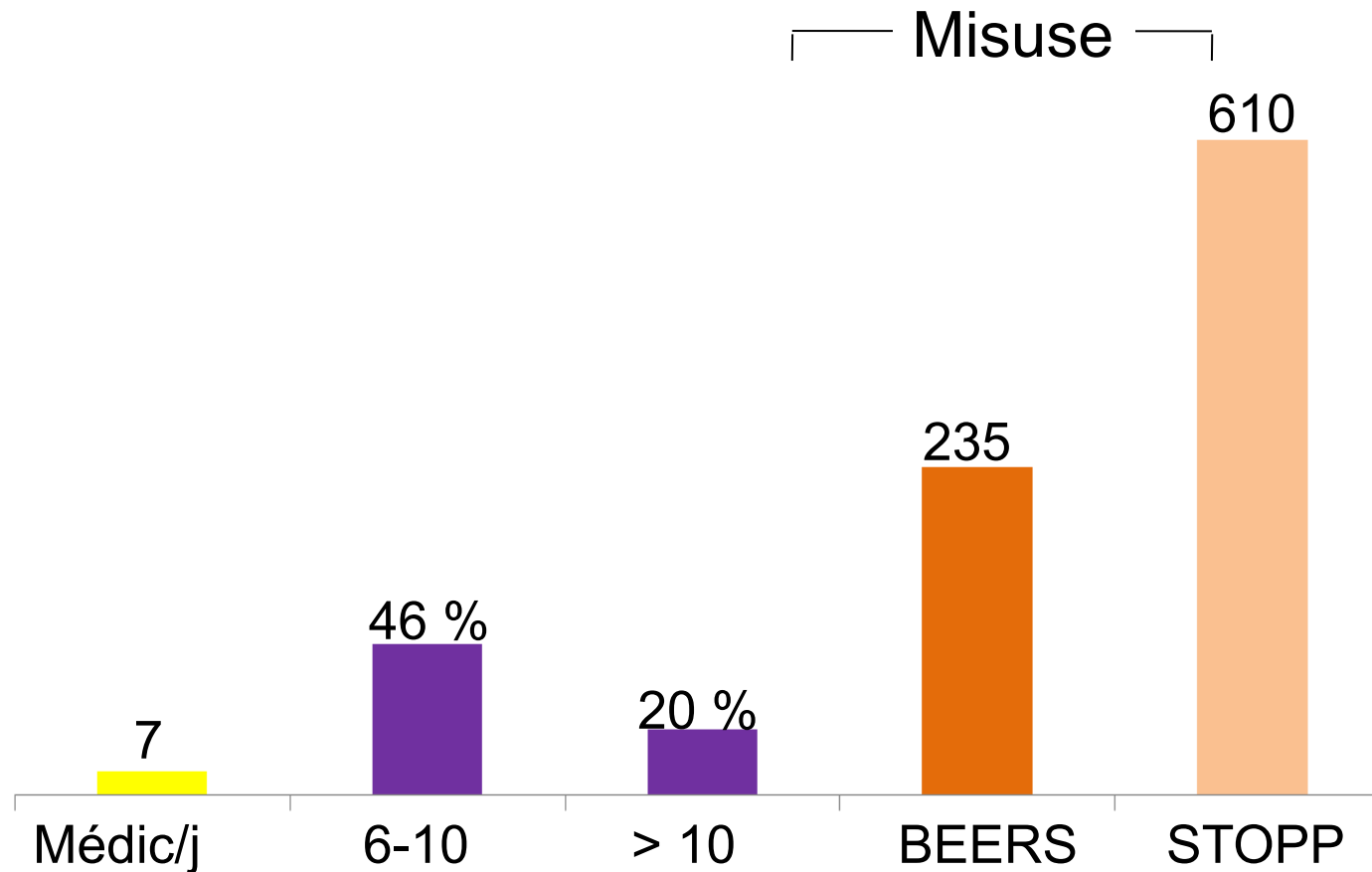
- cibler les EIM en rapport avec les caractéristiques du sujet âgé (ex : IRC)

- approche qualitative vs quantitative

Méthodes

- n = 600, SA (77 ans), hospitalisés
 - diagnostics + prescriptions à l'admission
 - analyses (BEERS + STOPP) des ordonnances au SAU avant transfert
 - repérage « MISUSE »
- EIM : effet non souhaité hors erreur posologie
 - imputabilité : experts

Résultats



329 EIM/4523 médicaments prescrits
dont 11 % motivant l'hospitalisation

Exemple **MISUSE** (les « Hits »)

- IPP \geq 8 semaines pour ulcère
- AAP sans indication
- BZD demi-vie longue

	BEERS	%	STOPP	OR
EIM dépistés	20		51.7	1.87
EIM évitables	28		67	2.8

- Repérage MISUSE : plus pertinent quant aux caractéristiques des sujets (conditions, maladies)
- Stopp >> BEERS : plus **sensible** pour repérer MISUSE (x 2) et EIM (x 2) et **EIM évitables** (x 2,8)
- démontre la liaison MISUSE et EIM

Outils n° 2 : Recommandations

[www.HAS-santé.fr/prescription médicamenteuse chez le sujet âgé](http://www.HAS-santé.fr/prescription_medicamenteuse_chez_le_sujet_age)

Ordonnance de sortie (bonne pratique)

- Par domaine pathologique
- Indique l'âge ou la DDN
- Indique le poids
- Ne comprend pas plus de 2 psychotropes
- Ne comprend pas plus d'une BZD
- Rédigée en DCI
- Précise la durée, la posologie, la galénique
- Le zonage ALD respecté
- (...)

Compte rendu d'hospitalisation

- Adressé sous 48 heures au médecin traitant
- Explique les modifications de traitement
- (...)



Polymédicamentation et « underprescription » La justification des prescripteurs

Paul AF. Jansen. JAGS 2011;59:1750-52

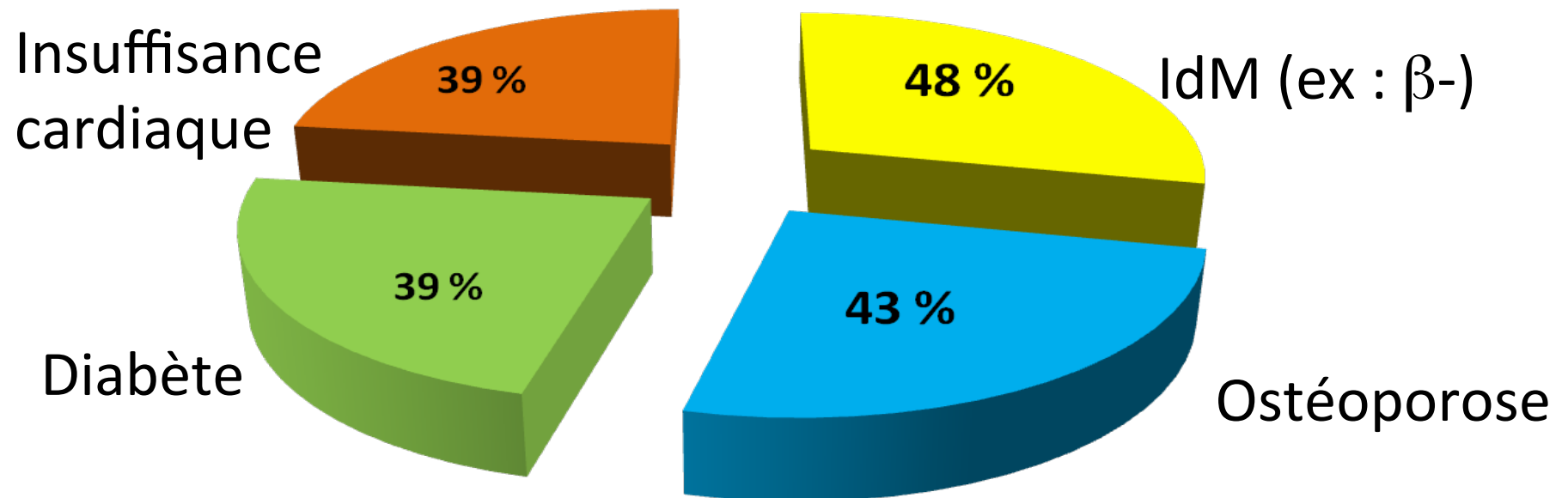
- Polymédicamentation ≥ 5 médicaments/j
- En Europe, après 65 ans : 51 % des sujets
- consomment au moins 6 médicaments /J
- Underprescription : réduction des bénéfices
- (niveau de preuve +++) donc + 1 médicament de

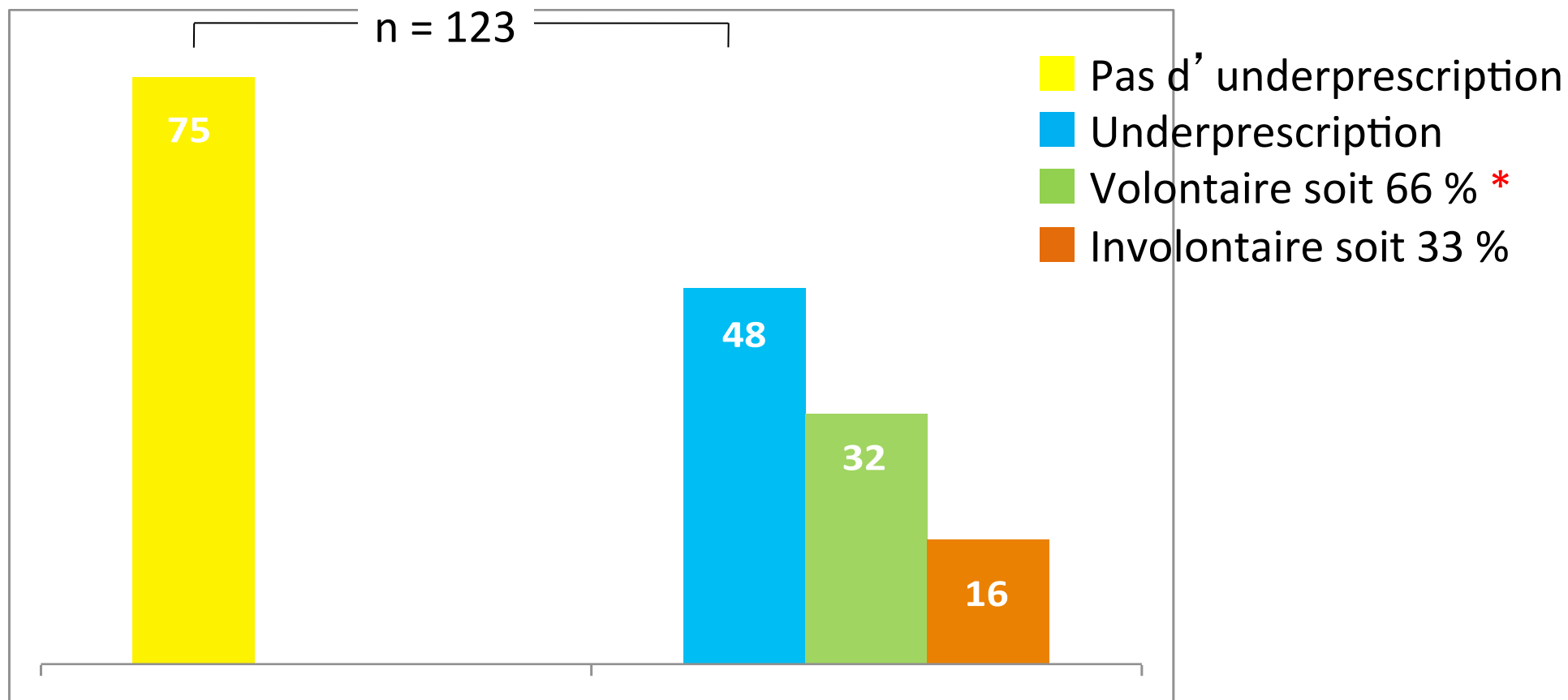
Quelles sont les raisons de la non prescription :

- Interactions ?
- effets indésirables ?
- survie ?



- Enquête, 123 sujets âgés hospitalisés,
- polymédication, référentiel (Pays-Bas)
- pour définir les « underprescriptions »
- 26 % ont plus de 10 médicaments /j prescrits
- **Prévalence « underprescription » : 39 %**





Volontaire * : espérance de vie, non observance, refus, effets indésirables, CI, recommandations insuffisantes, troubles cognitifs, grand âge.

Donc :

- Prévalence « underprescription » = 39 %
- Dans 2/3 des cas, elle serait **volontaire**
- Cardio-vasculaire, métabolisme +++
- « La polymédication c'est mal, cela coûte
et c'est une erreur mais il faut ne rien oublier » ⁽¹⁾