

COMMUNIQUE DE PRESSE – 21 SEPTEMBRE 2017

RÉVISER LES ORDONNANCES À RALLONGE CHEZ LES SENIORS **POUR LIMITER LES RISQUES**

Résultats d'une étude* menée pendant trois mois sur près de 155.000 personnes dites « polymédiquées » âgées de 65 ans et plus, via 2.600 officines de ville.

Parce qu'elles souffrent souvent de pathologies multiples, les personnes âgées sont tout particulièrement concernées parce que l'on appelle la « polymédication », c'est-à-dire le fait de consommer beaucoup de médicaments de manière régulière. Une polymédication qui augmente le risque d'accidents sévères liés à la prise de médicaments.

Au moins sept médicaments différents pris de manière régulière

La population sélectionnée consomme au moins sept spécialités pharmaceutiques différentes durant les trois mois de l'étude. Pour la majorité de ces seniors polymédiqués, la consommation de médicaments atteint des seuils autrement plus élevés puisque, en moyenne, ils prennent de façon continue plus de quatorze médicaments différents.

Des traitements souvent essentiels mais, pour certains, à haut risque d'accidents

Quand on effectue une analyse des catégories de médicaments les plus souvent dispensées dans l'étude, sont sur-représentées des classes thérapeutiques dans lesquelles on retrouve des médicaments prescrits pour traiter des maladies chroniques. Problème : certains de ces médicaments essentiels sont souvent impliqués dans la survenue d'accidents graves. On pourra citer l'exemple de psychotropes, d'antihypertenseurs, d'antidiabétiques oraux ou encore d'anti-thrombotiques (prescrits notamment pour prévenir ou traiter la formation de caillots sanguins).

Des accidents médicaux dont les causes sont diverses

Les causes de ces accidents médicamenteux sont diverses. Ils peuvent être dus à des interactions entre principes actifs ou à un dosage qui n'est pas ou plus adapté au patient. Dans tous les cas, il faut savoir que la sensibilité des sujets âgés aux effets des médicaments est souvent accrue. Ce sont tous ces paramètres qui doivent être pris en compte pour juger du rapport bénéfices / risques de chaque médicament inscrit sur une ordonnance, a fortiori quand la liste est longue.

Avec 7500 décès par an chez les plus de 65 ans, un enjeu de santé publique

Chutes, accidents hémorragiques, hospitalisations... les accidents liés à la prise de médicaments peuvent s'avérer extrêmement sévères. L'Assurance maladie estime qu'ils occasionnent 130.000 hospitalisations et 7.500 décès par an chez des personnes de 65 ans et plus (données citées dans le *Rapport Charges et produits pour l'année 2018* de l'Assurance maladie). Si la polymédication chez les seniors est souvent nécessaire, le risque médicamenteux n'est pas une fatalité et peut être contrôlé.

** L'étude a été commandée à Open Health, une société spécialisée dans la collecte et l'analyse de données de santé. Elle a été menée du 01/09/2016 au 30/11/2016, auprès de 154.304 personnes, âgées de 65 et plus, qui faisaient l'objet d'une dispensation comprenant au moins sept médicaments différents. Les dispensations étaient effectuées dans 2.670 officines établies en milieux urbains et ruraux*

France Assos santé
Marc Paris
01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95
communication@france-assos-sante.org

60 Millions de consommateurs
Anne Juliette Reissier
01 45 66 20 35 / 06 10 63 02 16
aj.reissier@inc60.fr

Santéclair
Elodie Faure
01 47 61 23 06
efaure@santeclair.fr

**RÉVISER LES ORDONNANCES A RALLONGE CHEZ LES
SÉNIORS ET POUR LIMITER LES RISQUES**

- **NOTE MÉTHODOLOGIQUE (p.3)**
- **SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE OPENHEALTH (p.4)**
- **IDENTIFICATION DES SITUATIONS À RISQUE (p.8)**
- **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : PRÉVENIR LES RISQUES MÉDICAMENTEUX (p.12)**
- **ANNEXES (p.14)**

Nous avons étudié le profil de polymédication des personnes de plus de 65 ans qui prennent 7 médicaments ou plus, de manière chronique, en France. L'extraction des données, sous-traitée à la société OpenHealth Company, s'est traduite en un critère de polymédication cumulative¹ : recherche de personnes de plus de 65 ans à qui au moins 7 médicaments différents (prescrits ou non), ont été dispensés en pharmacie, sur 3 mois consécutifs. Les traitements chroniques étant généralement dispensés en conditionnements mensuels, un même médicament sera donc comptabilisé 3 fois sur le trimestre. Pour être cohérent avec cette méthode de recensement, un conditionnement trimestriel comptera pour 3 délivrances. Nous avons donc choisi de mettre l'accent sur l'étude des traitements médicamenteux chroniques, en comptabilisant au moins 7 médicaments différents, dispensés au moins 21 fois sur le trimestre d'étude. Pour autant, l'étude n'exclut pas les dispensations ponctuelles de médicaments prescrits dans le cadre de maladies, d'hospitalisations, ...

OpenHealth Company a ainsi interrogé un réseau de pharmacies transmettant des informations sur le type de prescriptions et les montants remboursés. La répartition des pharmacies retenues pour l'étude est représentative de l'ensemble des pharmacies nationales sur des critères géographiques, rural / urbain et taille.

Les médicaments ont été analysés selon leur code ATC5 (un princeps et son générique ne comptant donc que pour un seul médicament). La base de médicaments utilisée en référence est la base Thésorimed (CNAMTS), agréée par la HAS dans sa version au 07/06/2017. Les médicaments en automédication (médicaments délivrés hors prescription) ont été comptabilisés uniquement lorsque leur dispensation accompagnait des médicaments prescrits. L'étude ne reflète donc pas l'intégralité des dispensations en automédication. De même, certains médicaments ont été exclus de la mesure : les topiques et les médicaments agissant au niveau local, les vitamines, les minéraux, la phytothérapie, les vaccins, l'homéopathie ou les médicaments de la rubrique « divers » de la classification ATC.

L'étude a été réalisée sur 1 trimestre, de septembre à novembre 2016.

Parmi la cohorte de personnes répondant à notre critère de polymédication, nous avons également demandé à OpenHealth de recenser les situations où l'on sait qu'existent des prescriptions inappropriées ou des défauts de surveillance, pouvant conduire à un risque iatrogénique grave. Ces 36 situations à risque ont été établies à partir de deux sources principales : les fiches de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé Française², et les règles "STOPP-START"³ qui font l'objet d'un consensus international sur les prescriptions inappropriées chez le sujet de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polypathologique.

¹ Source : La polymédication : définitions, mesures et enjeux – revue de la littérature et tests de mesure – Questions d'économie de la santé n° 204 – décembre 2014 – IRDES.

² www.has-sante.fr

³ Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. P.O. Lang & Al. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2015) 15, 323-336

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE MENÉE PAR OPENHEALTH

ENJEU SANITAIRE, POPULATION CIBLE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Les personnes de plus de 65 ans sont les plus concernées par les cas de polyopathologies, c'est-à-dire par le fait d'être atteints par plusieurs pathologies chroniques nécessitant souvent de cumuler différents traitements simultanément. C'est ce qu'on appelle la polymédication. Cette polymédication multiplie les risques d'effets indésirables et d'interactions dites iatrogènes (c'est-à-dire consécutives à la prise d'un traitement) qui peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des patients. En plus ou au lieu de les soigner, les interactions entre les différents traitements peuvent faire apparaître de nouveaux problèmes de santé et même aggraver leur état de santé.

L'objectif de l'étude a donc été :

1/ D'identifier, sur un échantillon important de pharmacies de ville en France (2 670 officines), le nombre de personnes de plus de 65 ans polymédiquées en considérant comme critère de polymédication le fait d'avoir eu sur 3 mois consécutifs (01/09/16 au 30/11/16) au moins 7 médicaments différents (prescrits ou non) dispensés dans la durée soit au moins 21 fois.

2/ De caractériser la nature de cette polymédication ainsi que les risques encourus, à travers le recensement de situations où l'on sait qu'existent des prescriptions inappropriées ou des défauts de surveillance, pouvant conduire à un risque iatrogénique grave.

154 292 personnes de plus de 65 ans en situation de polymédication avérée

L'étude menée par Openhealth révèle que, sur les 449 000 personnes de plus de 65 ans ayant fait l'objet de dispensation de médicaments dans les 2 670 pharmacies faisant partie de l'échantillon d'officines entre le 01^{er} septembre et le 30 novembre 2016, 154 292 d'entre elles ont été identifiées comme correspondant aux critères de polymédication retenus :

- 57 % de femmes (81 ans d'âge médian),
- 43 % d'hommes (77 ans d'âge médian).

EN MOYENNE 2,6 MEDECINS PRESCRIPTEURS DIFFERENTS

Sur les 154 292 personnes polymédiquées identifiées, l'information quant aux médecins prescripteurs des ordonnances est disponible pour 37 529 d'entre elles.

L'analyse des prescriptions faites à ces 37 529 patients montre que près de 50 % d'entre eux ont des prescriptions d'au moins 3 médecins différents.

Ils sont seulement 16 % à n'avoir de prescription que d'un seul médecin.

En moyenne, pour ce sous-groupe, le nombre de médecins prescripteurs s'élève à 2,6.

Cela témoigne de la difficulté à ce qu'un médecin centralise l'information et puisse donc potentiellement apporter le regard médical critique sur l'ensemble de la médication : pour 84 % des patients le médecin traitant n'est pas l'unique prescripteur, ce qui induit un risque si chaque prescripteur ne s'assure pas que l'information sur sa prescription soit partagée avec ses confrères intervenant dans la prise en charge du patient.

Cela pose la question de la coordination des soins entre les différents professionnels de santé.

EN MOYENNE 14,4 MEDICAMENTS DIFFERENTS EN 3 MOIS

Les 154 292 personnes polymédiquées identifiées consomment, sur le trimestre étudié, de 7 à 58 médicaments différents, ce qui représente en moyenne :

- 14,4 médicaments différents par patient (prescrits et automédication),
- 13,6 médicaments différents par patient (si on ne prend pas en compte l'automédication, sachant que les dispensations d'automédication seule –sans aucun médicament prescrit- ne sont pas comptabilisées dans l'étude).

PLUS D'1 MEDICAMENT CONSOMME SUR 10 PRESENTE UN SERVICE MEDICAL RENDU FAIBLE

L'étude a permis également de mesurer la proportion des médicaments délivrés selon le taux de leur vignette (prise en charge par le régime obligatoire à hauteur de 0%, 15%, 30%, 65% ou 100%), ainsi que le taux de prescription de ces médicaments :

Vignette du médicament dispensé	Part des médicaments dispensés	Taux prescription
0	5%	41%
15	6%	95%
30	13%	98%
65	76%	99%
100	1%	100%

Ainsi, les médicaments totalement déremboursés par l'Assurance-maladie (vignette 0%), au Service Médical Rendu (SMR) jugé insuffisant, représentent tout de même 5% des médicaments dispensés, 41% d'entre eux ayant été prescrits par un médecin à son patient déjà polymédiqué (59% des dispensations provenant donc de l'automédication).

Les médicaments à SMR faible (vignette 15%) représentent 6 % des dispensations, avec un taux de prescription moyen de 95 %.

PRES DE 9 PATIENTS POLYMEDIQUES SUR 10 CONFRONTES EN CONTINU A PLUS DE 3 ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES A RISQUES

Cette étude a aussi permis l'analyse des situations de polymédication conduisant à un risque iatrogénique reconnu comme grave. Pour cela, les prescriptions des 154 292 personnes polymédiquées de la cohorte ont été passées au crible d'une grille reposant sur 36 combinaisons de médicaments porteuses de risques :

- 89 % d'entre elles sont confrontées à au moins 3 situations à risque,
- elles ne sont que 0,5 % à n'être confrontées à aucun risque iatrogénique grave,
- en moyenne, elles sont confrontées à plus de 5 situations à risque.

Les situations les plus fréquemment rencontrées :

- 62% des personnes de la cohorte prennent des **antihypertenseurs**, médicaments dont la prescription doit être assortie de règles de surveillance régulières, quand on sait qu'ils peuvent provoquer des chutes par baisse de tension ; dans les cas les plus graves, lorsque plusieurs antihypertenseurs sont combinés, les prescriptions sont inappropriées et doivent être revues (cette situation concerne notamment 9% de notre cohorte, avec des personnes prenant quatre antiHTA ou plus !)⁴ ;
- 61% des personnes de la cohorte consomment des IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons : omeprazole, lansoprazole...), des médicaments indiqués dans les reflux gastriques prouvés ou les ulcères gastroduodénaux documentés et en prévention de ces derniers, le taux élevé retrouvé dans l'étude témoigne de prescriptions hors indication^{5,6}. Leur consommation inappropriée peut provoquer une mauvaise absorption des nutriments, engendrer des risques accrus de diarrhées et d'atteintes pulmonaires infectieuses, des carences, des fractures... ;
- 47% des personnes de la cohorte consomment des **psychotropes** de la famille des **benzodiazépines**. Les traitements de longue durée par cette famille de médicaments sont déconseillés d'une manière générale, puisqu'ils induisent des risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute, d'accident de la route et d'addiction. Plus grave, les prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue (prazepam, bromazepam...) sont inappropriées chez les sujets âgés, du fait d'un sur-risque iatrogénique.⁷ L'étude a notamment montré que 8% de la cohorte prend 3 psychotropes ou plus, et que 1% de la cohorte prend 2 benzodiazépines ou plus ;
- 44% des personnes de la cohorte consomment des **antihypertenseurs de la famille des IEC** (ex : captopril ou enalapril) **et des ARAI ou Sartans** (ex : losartan ou olméstartan), pour lesquels il est particulièrement indispensable de surveiller régulièrement la fonction rénale,

⁴ Fiche HAS IPC AMI n°7, Octobre 2012 : Coprescriptions d'antihypertenseurs

⁵ HAS, Fiche Bon Usage du Médicament, "Les IPP chez l'adulte", Janvier 2009

⁶ Boudet et al. Les IPP : savoir les prescrire, pouvoir les arrêter. Les rencontres Prescrire – Toulouse – 23 et 24/06/2017. http://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/048_BoudetA_Poster_LesIPP.pdf

⁷ Fiche HAS IPC AMI n°3, Oct 2011 : "BENZODIAZÉPINE À DEMI VIE LONGUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ "

ces traitements étant par ailleurs contre-indiqués en cas d'hyperkaliémie (risque d'accident cardio-vasculaire)⁸ ;

- 41% des personnes de la cohorte se voient prescrire régulièrement de l'**aspirine**, dont la consommation ne doit pas excéder 160 mg/j avec des risques pouvant mener jusqu'au décès de la personne en cas de surconsommation⁹ ;
- 34% des personnes de la cohorte consomment des **diurétiques** (ex : furosémide, soludactone, aldactazine, cicléatine)¹⁰ ; 7.6% de la cohorte prend 2 diurétiques ou plus, avec un risque d'hypokaliémie et de troubles du rythme cardiaque, et de déshydratation lors d'épisodes de fortes chaleur ;
- 22% des personnes de la cohorte consomment des **antihypertenseurs** de la famille des thiazidiques (fludex, indapamide, cicléatine...) indiqués dans le traitement de l'hypertension essentielle à fonction rénale conservée, dont la prescription est contre-indiquée en cas de déficience de la fonction rénale et en cas d'hypokaliémie, d'hyponatrémie, d'hypocalcémie et d'antécédent de goutte¹¹ ;
- 20% des personnes de la cohorte consomment un **antidiabétique, la metformine**, qui devrait être remplacé par un autre antidiabétique en cas de fonction rénale déficiente (il est donc conseillé de réaliser des examens réguliers de clairance de la créatinine, qui permettent de juger de l'efficacité de la fonction rénale)¹² ;
- 16% des personnes de la cohorte consomment des **AINS** (anti-inflammatoires non stéroïdiens), alors que les bonnes pratiques montrent qu'il est prudent de stopper leur consommation en cas de déficience de la fonction rénale. Par ailleurs, alors que 8% de la cohorte totale combine **l'association d'AINS et d'antithrombotiques**, cette pratique est totalement contre-indiquée¹³. Le sujet est d'autant plus préoccupant que certains anti-inflammatoires sont en vente libre, et peuvent donc être consommés de manière inappropriée, à la seule initiative du patient, et sans que le médecin traitant le sache ;
- On peut encore citer l'association d'un anticoagulant et d'anti-plaquettaires avec un risque majoré d'hémorragie chez 5,2% des personnes incluses dans notre cohorte.

⁸ Critères STOPP-START V.2

⁹ Critères STOPP-START V.2

¹⁰ HAS, Indicateurs de Pratique Clinique : AMI n°6 : "COPRESCRIPTION DE DIURETIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ" et AMI n°9 : "SUIVI DU POIDS SI DIURETIQUE"

¹¹ Fiche Mémo HAS - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte - Sep 2016

¹² Critères STOPP-START V.2

¹³ Critères STOPP-START V.2

IDENTIFICATION DES SITUATIONS À RISQUE EXEMPLES GÉNÉRIQUES TIRÉS DE NOTRE ÉTUDE

Pour détecter ces situations à risque nous avons utilisé la méthode « STOPP & START » (Screening Tool of Older Person's & Screening Tool to Alert to Right Treatment) mise à jour en 2015. Celle-ci est jugée logique, fiable, facile à utiliser, elle est validée par les experts et consensuelle (1). elle comporte 115 critères, dont 81 pour détecter les prescriptions inappropriées en raison d'une surutilisation ou d'une mauvaise utilisation des médicaments et 34 pour reconnaître les situations où un médicament est sous utilisé ou manquant alors qu'il s'avère nécessaire.

Pour l'étude nous avons utilisé 36 critères STOPP correspondant aux situations qui exposent au risque d'accidents médicamenteux graves pouvant conduire à une hospitalisation. Ne disposant pas du dossier clinique, l'utilisation des critères START n'a pas été utilisée.

ILLUSTRATION DES CRITERES STOPP APPLIQUES A L'ANALYSE DES ORDONNANCES

Exemple 1: critère concernant les antihypertenseurs et plus particulièrement les diurétiques

La règle : la prescription de plus d'un diurétique chez une même personne âgée est inappropriée et dangereuse (risque d'hypotension orthostatique et de troubles électrolytiques).

La consigne de surveillance : vérifier dans le dossier patient la présence récente d'une évaluation de la fonction rénale (clairance de la créatinine)

Exemple 2 : critère concernant les psychotropes

La règle : pas plus de 2 psychotropes.

Conseil de surveillance : prévenir et dépister les risque d'hypotension orthostatique

Exemple 3 : critère concernant les psychotropes

La règle : l'association de 2 benzodiazépines est déconseillée.

Conseil de prescription : privilégier des benzodiazépine à demi-vie d'élimination courte (Oxazepam/Séresta, Clotiazepam/Vératran)

Exemple 4 : critère concernant l'anticoagulation : antivitamine K (AVK)

La règle : figure parmi les médicaments les plus souvent responsables d'accidents médicamenteux graves entraînant des hospitalisations évitables

La consigne de surveillance : réaliser un INR mensuel (*International Normalized Ratio*, examen permettant de surveiller certains facteurs sanguins impliqués dans la coagulation) + situations d'introduction d'un nouveau médicament

Préférer la warfarine à la fluindione, meilleur profil de risque notamment rénal. A noter qu'en France les prescriptions de fluindione représente 66 % des prescriptions d'anti vitamine K.

IDENTIFICATION DES SITUATIONS À RISQUE

EXEMPLES TIRÉS DE LA LITTÉRATURE

Les résultats présentés précédemment corroborent ceux qui ont déjà été publiés dans la littérature. Ainsi, d'après différentes publications, les classes thérapeutiques les plus fréquemment impliquées dans les accidents iatrogéniques sont :

- Les médicaments cardio vasculaires et notamment les anti-thrombotiques¹⁴.
- Les AINS¹⁵ (Anti inflammatoires non stéroïdiens) et plus particulièrement les associations AINS – anti-thrombotiques ou anti aggrégants plaquettaires.
- Les psychotropes¹⁶ dont les benzodiazépines à longue demi-vie. Une étude, sur la prévalence des psychotropes chez les patients de 80 ans à l'entrée d'une hospitalisation non programmée, indique qu'elle est mesurée à 25.6% pour les anti déprimeurs, 32.1% pour les anxiolytiques et 6% pour les neuroleptiques¹⁷.
- Les médicaments du système nerveux (anticholinergiques)¹⁷.

66% des patients entrant en court séjour gériatrique présentaient au moins 1 prescription inappropriée au premier plan desquelles une prescription de benzodiazépine.¹⁸

La polymédication est reconnue comme un facteur prédictif de la durée de séjour, de la mortalité et des réadmissions hospitalières.¹⁹

Selon l'Assurance Maladie ces accidents sont à l'origine de 143 915 hospitalisations en 2013, et de 1 480 885 journées d'hospitalisation chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

¹⁴ Olivia Dalleur, P.O. Lang et coll : Pharma Act, vol49, N°1, 2016

¹⁵ Laroche L, Charmes JP et coll, Br J Clin Pharmacol 63 :2 177-186

¹⁶ Laroche L, Charmes JP et coll, Drugs aging. M2006 ; 23 (1) :49-59

¹⁷ Egger et al, Drugs Aging 2006 ;23(10) :823-837

¹⁸ Laroche et Charmes, Br J Clin Pharmacol 2007-63 (2) 177-186

¹⁹ Campbel et coll 2004

L'équipe du CHU Purpan (Toulouse)²⁰ a ainsi évalué l'incidence des Effets Indésirables Médicamenteux à l'entrée des Services d'Accueil d'Urgences du CHU de Toulouse. Ils retrouvent les classes thérapeutiques suivantes parmi les causes d'accidents iatrogéniques :

Médicaments à l'origine des EIMG	% EIMG
Antithrombotiques	25,3%
Anxiolytiques	16,0%
Hypnotiques	8,0%
Betalactamines	6,7%
Antipsychotiques	6,7%
Antidépresseur	6,7%
Anti-inflammatoires	4,0%
Autres	26,6%

Ceux-ci sont à l'origine d'une hémorragie dans 35% des cas d'hospitalisation pour EIMG (Effet Indésirable Médicamenteux Grave) et de troubles de la conscience dans 33%.

Plus optimiste :

Une équipe de l'Institut universitaire gériatrique de Montréal a mesuré l'impact d'une intervention à visée éducative adressée aux patients sur la réduction des prescriptions inappropriées de benzodiazépines (BZP) entre 2010 et 2012 concernant 303 personnes âgées de plus de 65 ans.

Cette intervention consistait dans l'envoi d'une brochure personnalisée de 8 pages mentionnant le nom exact de la BZP prise par le patient, présentant les risques et les effets secondaires ainsi qu'un calendrier de diminution des doses s'étalant sur 21 semaines et des prises en charge alternatives.

A 6 mois, 1 patient sur 5 avait cessé la prise médicamenteuse depuis au moins 3 mois vs 5 % dans le groupe témoin et 62% des patients en avait parlé avec leur médecin.²¹

²⁰ Zeribi et al. Incidence des effets indésirables médicamenteux graves au sein des SAUV du CHU de Toulouse. Les rencontres Prescrire – Toulouse – 23 et 24/06/2017.

²¹ Revue Prescrire, 2017, 37 (406) p633

IDENTIFICATION DES SITUATIONS À RISQUE

ANALYSE DE L'ORDONNANCE D'UN TÉMOIN

A titre d'exemple, voici l'illustration de l'application sur l'ordonnance d'un patient âgé de 80 ans de la méthode STOPP de détection du risque médicamenteux appliquée aux patients polymédiqués de notre cohorte.

Il s'agit d'un patient polypathologique qui consomme régulièrement :

- 3 antidiabétiques, dont un oral (metformine) qui nécessite une évaluation de la fonction rénale régulièrement ;
- 3 médicaments antihypertenseurs, qui contiennent en tout 4 principes actifs dont 2 diurétiques (furosémide, hydrochlorothiazide). Cette association de 2 diurétiques est déconseillée à cet âge, de même qu'un traitement anti hypertenseur associant 4 principes actifs, notamment en raison d'hypotension orthostatique ;
- 1 traitement hypocholestérolémiant (atorvastatine), molécule qui n'a jamais montré son efficacité sur le critère clinique de la mortalité selon la revue Prescrire ;
- 1 traitement symptomatique des douleurs du bas ventre en cas d'hypertrophie de la prostate (tamsulosine, médicament alpha bloquant), déconseillé en cas de traitement antihypertenseur et de risque d'hypotension orthostatique.- 1 traitement symptomatique des vessies hyperactives (solifenacine), antispasmodique et anticholinergique avec de nombreux effets indésirables comme la sécheresse de la bouche et la constipation ;
- 1 traitement symptomatique de la constipation, macrogol (un laxatif osmotique), très probablement induite ou aggravée par la tamsulosine, traitement qui pourrait sans doute être supprimé grâce à une alimentation plus équilibrée ;
- 1 médicament chélateur du potassium (polystyrène sulfonate de sodium), qui majore encore la constipation.

Cette ordonnance présente plusieurs prescriptions à risque, notamment du fait de la consommation de plusieurs antihypertenseurs, du fait de l'utilisation d'un anticholinergique fort après 80 ans, du fait d'un traitement symptomatique des douleurs du bas ventre par tamsulosine qui est déconseillé en cas d'hypertension artérielle et de risque d'hypotension pouvant entraîner des chutes, du fait de l'introduction d'un traitement symptomatique de la constipation générée par les autres médicaments consommés par ailleurs et enfin du fait d'un hypocholestérolémiant.

A ce sujet, il nous semble d'autant plus surprenant de prescrire des médicaments avec une vignette à taux de remboursement de 0% ou 15%, des médicaments qui sont donc jugés à Service Médical Rendu (SMR) insuffisant ou faible à des patients qui consomment déjà par ailleurs beaucoup de médicaments.

Ce patient ne supportant plus de prendre tous ces médicaments a décidé de tout arrêter sauf l'insuline qu'il savait indispensable. Il nous paraît également fondamental de rappeler à ce stade que si le patient identifie qu'il consomme certaines associations à risque, il est fondamental de consulter son médecin avant de modifier son traitement. Seul un médecin sera effectivement en mesure d'évaluer le bien-fondé d'une révision d'ordonnance, basée sur un examen clinique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

PRÉVENIR LES RISQUES MÉDICAMENTEUX

Chez les sujets âgés, la polymédication est souvent justifiée quand ces derniers souffrent de maladies chroniques multiples. Pour autant, les accidents liés à la prise de nombreux médicaments ne sont pas une fatalité.

Le rôle central du médecin traitant

Pour prévenir les risques liés à la prise de médicaments multiples chez les seniors, les prescriptions doivent être coordonnées par le médecin traitant. Car il est le seul à connaître son patient dans sa globalité. C'est aussi lui qui accompagne le malade au quotidien, dans le suivi de ses traitements au long cours, mais aussi pour des prises en charge ponctuelles (grippe, fièvre et autres maladies du quotidien).

Toutefois, le rôle de coordination du médecin traitant est difficile à tenir. Cela suppose, d'une part, un dialogue bienveillant avec son patient, d'autre part, une mise en relation d'égal à égal avec les autres spécialistes. Pour que le médecin traitant puisse assurer ce rôle de coordinateur, les autres spécialistes autour du malade doivent être parties prenantes, notamment en adressant systématiquement leur compte-rendu de consultations au médecin traitant et en étant prêts à accueillir les remarques de ce dernier.

« Une ordonnance, ça ne se renouvelle pas, ça se révisé »

Plutôt que de renouveler à l'identique une ordonnance, il convient de la réviser. Cela suppose que le médecin puisse y consacrer du temps. La révision de l'ordonnance doit s'effectuer dans la cadre d'une consultation dédiée, en engageant un dialogue approfondi avec le patient et, le cas échéant, avec les proches qui l'accompagnent.

Exemples de questions que le médecin peut poser au patient :

- Quels sont les médicaments qu'il juge indispensables pour lui ?
- Quels sont ceux avec lesquels ils rencontrent des difficultés ? De quels types de difficultés s'agit-il (inconforts ou autres effets indésirables gênants au quotidien, problème d'observance...) ?
- Comment le patient gère-t-il les difficultés liées à la prise de ces médicaments (mesure d'hygiène et de diététique, arrêt de certains médicaments...) ?

Les questions que doit se poser le médecin traitant sont au nombre de 5 (elles font consensus)

- Tel médicament a été prescrit dans telle indication, celle-ci est-elle toujours d'actualité ?
- Le profil bénéfice/risque du médicament est-il toujours adapté à mon patient ?
- Y a-t-il éventuellement une substitution possible avec un médicament plus adapté (exemple : famille des antithrombotiques dont le rapport bénéfice/risque est plus ou moins favorable selon la molécule retenue) ?
- Existe-t-il une approche non médicamenteuse pour prendre en charge ce trouble précis (exemples des psychotropes et somnifères prescrits pour des troubles du sommeil, de certains laxatifs contre la constipation...alors qu'il est possible d'explorer d'autres approches non médicamenteuses) ?
- Le dosage du médicament est-il toujours adapté compte tenu des modifications physiologiques qui apparaissent avec le vieillissement ? A ce propos, dans le dossier médical de mon patient, à quand remonte la dernière évaluation de la fonction rénale et la dernière prise de poids ?

Toutefois, cet accompagnement ne s'improvise pas. Les médecins doivent disposer de méthodologies pour les accompagner dans la prévention des accidents liés à la prise de médicaments multiples chez les seniors.

Améliorer la coordination des soins

L'exemple de la conciliation médicamenteuse au sortir d'une hospitalisation

En mars 2015, le Collège de la Haute Autorité de Santé a défini la conciliation médicamenteuse comme « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* ».

Le bénéfice de la conciliation médicamenteuse de sortie d'hospitalisation a été mesuré pour des patients de plus 75 ans. Ce dispositif permet notamment de diminuer de près de 40% le nombre de ré-hospitalisations dans cette population²².

²²Bonnet-Zamponi et al. JAGS 61:113–121, 2013 : <https://doi.org/10.1111/jgs.12037>

Perception de la polymédication et du risque médicamenteux par les patients et par les professionnels de santé. Restitutions de focus groupes et d'entretiens individuels par Santéclair

Santéclair a organisé des focus groupes et mené des entretiens individuels auprès de patients (personnes de plus de 65 ans prenant de manière chronique 7 médicaments ou plus) ainsi que de professionnels de santé (médecins généralistes représentatifs en termes de sexe, d'âge et de lieu d'installation), dont voici une synthèse.

- Ressenti de patients : le niveau de conscience du risque médicamenteux est faible chez les patients. Concernant la polymédication, c'est la gêne occasionnée par la prise de médicaments multiples qui revient dans la discussion, non les risques : difficulté à avaler les différents médicaments, nécessité de prendre différents traitements au cours de la journée et à heure fixe, notamment au cours de voyages (les patients devant se déplacer avec de multiples boîtes)... Les personnes interrogées découvrent avec stupeur le nombre d'hospitalisations et de morts imputables au risque médicamenteux. Ils expriment un fort niveau de confiance vis-à-vis des prescripteurs. Le sentiment le plus partagé est que la très grande majorité des médicaments qui leur sont prescrits sont nécessaires, compte tenu de leurs pathologies. Toutefois, ils évoquent une relation avec leur médecin qui est complexe et qui n'est pas tout à fait transparente.
- Ressenti de médecins : les médecins ont conscience, mais de façon assez théorique, du risque médicamenteux et de la polymédication. Toutefois ils rencontrent des difficultés à discuter du sujet avec leur patientèle. Ils s'estiment mal formés, insuffisamment préparés et mal accompagnés pour assurer un bon contrôle du risque médicamenteux dans les situations de polymédication.
- Ressenti de pharmaciens : Ils font état d'une relation complexe avec les médecins prescripteurs. Ils notent par ailleurs une inadéquation du matériel à leur disposition pour prévenir les risques médicamenteux liés à la polymédication car les logiciels de détection des incompatibilités en leur possession ne sont pas adaptés à la réalité du métier.