

EPP prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé

Préambule (S Legrain- HAS)

Chez le sujet âgé, la polymédication est habituelle et souvent légitime, car le médicament est avant tout une chance pour le sujet malade. Mais, cette polymédication augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique, dont témoigne les publications récentes dans des revues médicales prestigieuses sur l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé comme sur l'évitabilité de la iatrogénie médicamenteuse grave (Spinewine Lancet 2007 ; Pirohamed, Avorn , BMJ 2008).

20% des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées en tout ou partie à un médicament : une amélioration dans ce domaine doit conduire à une baisse de ces hospitalisations indues, d'autant que cette iatrogénie est, plus que chez l'adulte plus jeune, en grande partie évitable et liée à des médicaments de prescription usuelle.

Après avoir mis à disposition des programmes généraux sur la prescription chez le SA (PMSA 2005), la HAS a poursuivi avec les prescripteurs une réflexion plus centrée sur le mésusage des psychotropes chez l'octogénaire (Psycho-SA 2008).

L'ensemble des prescripteurs est concerné : généralistes en premier lieu, gériatres, urgentistes, spécialistes d'organe, médecins coordonnateurs en EHPAD... Si le généraliste est le principal prescripteur chez le sujet âgé de plus de 80 ans, il n'est pas le seul. Ainsi, dans le domaine des hypnotiques, nombre d'entre eux sont initiés lors d'une hospitalisation, puis poursuivis en ville ou en EHPAD.

Ces travaux sont à disposition de tous les prescripteurs comme des organisations professionnelles comme ressources pour l'élaboration de programmes d'EPP adaptés à chaque type d'exercice et de spécialité. Ces aides proposées ne résument pas, loin s'en faut, l'ensemble des outils utilisables dans des programmes d'EPP. Les initiatives et propositions des professionnels peuvent être mises à disposition de tous au sein de cet espace sur l'amélioration de la prescription chez l'octogénaire. Une journée d'échanges d'expériences entre professionnels est proposée chaque année à tous ceux intéressés par cette thématique.

Le site de référence est

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-tres-age-pmsa

Le choix de recentrer PMSA sur le sujet âgé de plus de 80 ans s'est imposé pour pouvoir offrir une réelle aide au prescripteur, et ne pas rester dans les généralités.

Les trois principales raisons du choix de cette classe d'âge ont été les suivantes :

1° *Le sujet âgé de plus de 80 ans a souvent :*

- une réserve fonctionnelle d'organes vitaux réduite par l'avancée en âge et des modifications de son homéostasie (exemple : régulation volémique)

- plusieurs maladies chroniques,

- plusieurs traitements médicamenteux.

→ L'approche par mono-pathologie doit être dépassée et une prise en charge globale doit être privilégiée.

Ainsi, la dépression expose le sujet très âgé au risque d'une diminution de l'observance des traitements de ses co-morbidités : ce point majeur doit être pris en considération.

2° *Le sujet âgé de plus de 80 ans est très souvent exclu des essais cliniques en pré-AMM et des études post-AMM. Les accidents iatrogènes sont insuffisamment notifiés en pharmacovigilance chez les sujets très âgés, eu égard à leur fréquence.*

→ Le prescripteur dispose de peu de données validées pour évaluer de façon précise chez un sujet octogénaire le rapport bénéfique / risque d'un traitement.

Ainsi, l'avis des médecins généralistes confrontés quotidiennement aux situations cliniques abordées prend d'autant plus de valeur.

3° *Le médecin traitant d'un sujet très âgé, qu'il vive à domicile ou en EHPAD, est presque toujours un généraliste. D'autres professionnels de santé sont souvent impliqués dans la gestion des traitements médicamenteux, notamment des infirmières. L'accès au spécialiste « d'organe » n'est pas toujours possible (éloignement géographique, densité médicale, handicap et confinement au domicile).*

→ Il est nécessaire de réfléchir sur un parcours de soins coordonné, autour du médecin généraliste, pour diminuer les hospitalisations en urgence liées au médicament.

Ainsi, cet espace thématique concerne l'ensemble des prescripteurs impliqués dans le parcours de soins.

1. Champ d'application

Ces EPP « prescriptions médicamenteuse chez le sujet très âgé » s'adressent aux médecins gériatres ou non exerçant en service de court séjour gériatrique, de soins de suite et réadaptation gériatrique ou non, de soins de longue durée ou en EHPAD, hôpital de jour, consultations hospitalières.

Les programmes proposés suivent une logique allant du plus simple au plus complexe
Analyse de l'ordonnance puis analyse du dossier puis analyse du lien entre dossier et ordonnance.

Tous les programmes d' EPP proposés peuvent être utiles quel que soit le lieu d'exercice gériatrique du médecin

Les secteurs concernés sont les unités de soins ou d'hébergement prenant en charge des patients très âgés de 80 ans et plus ou des patients plus jeunes mais polyopathologiques.

2. Méthodes recommandées

2.1 Les audits de pratiques

Les audits de pratiques peuvent être réalisés selon une périodicité régulière, définie et justifiée par le médecin pilote de l'EPP.

L' audit clinique est plus adapté à une démarche institutionnelle dans le cadre par exemple d'une certification . Cette méthode est plus recommandée quand elle doit être transversale à plusieurs unités fonctionnelles ou pôles.

2.2 La revue de cas entre médecins

La revue de cas comprend l'analyse de dossier des patients. Le nombre de dossiers à analyser ainsi que la périodicité de leur examen sont définis par le médecin pilote.

La revue de dossier sera plus indiquée en cas d'exercice isolé , dans le cas de groupe de pairs au sein d'un seul service ou dans de petites unités.

**Dans les deux cas, le travail consiste en
une première évaluation de x dossiers,(variable selon les programmes d'EPP)
l'élaboration de mesures d'amélioration à partir des critères déficitaires mis en lumière lors de cette évaluation
une deuxième évaluation du même nombre de dossiers deux à quatre mois plus tard et ne portant éventuellement que sur les critères devant être améliorés pouvant servir d'indicateur de suivi à une périodicité définie par le pilote .**

2.3 Sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :
des dossiers du patient (notes d'observation)
des ordonnances et prescriptions
des compte rendu de sortie
des courriers au médecin traitant

3. EPP : Evaluation de l'ordonnance

3.1 Grille de recueil

PATIENT		Date		
---		---		
L'ordonnance		oui (vrai)	non (faux)	non applicable
1	Est structurée par domaine pathologique			
2	Ne comprend pas plus de 2 psychotropes, BZD incluses (*)			
3	Ne comprend pas plus de 1 AINS			
4	Ne comprend pas plus de 1 BZD			
5	Ne comprend pas de vasodilatateurs cérébraux			
6	Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est contre indiquée			
7	Ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est illogique (ex anticholinergiques- anticholinestérasiques,)			
8	Indique la clearance de la créatinine			
9	Indique le poids du patient			
10	Précise la durée de prise pour chaque médicament			
11	Précise la posologie et la répartition dans la journée de chaque médicament			
12	Adapte la galénique aux capacités de prise du patient			

Dans un audit de pratiques, l'évaluation initiale porte sur l'ensemble des critères, mais la deuxième évaluation après la mise en place des axes d'amélioration ne porte que sur les critères déficitaires.

Dans une revue de cas entre médecins, les évaluations ultérieures peuvent ne porter que sur un ou deux critères, puis une fois l'amélioration obtenue sur ceux ci, des axes d'amélioration sont mis en place pour deux autres critères etc...

3.2 Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

<p>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.</p>	<p>Critère 5 : Les vasodilatateurs cérébraux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (avis de la commission de la transparence, 25 février 2004, disponible sur www.has-sante.fr). Une plainte mnésique persistante doit conduire à un bilan neuropsychologique</p>	<p>Critère 8 : Le fait d'écrire la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale. De plus, ceci permet de transmettre ces données à tous les autres médecins du patient.</p>
<p>Critère 2 : La limitation de psychotropes chez le sujet âgé est justifié 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</p>	<p>Critère 6 : Il est impossible de mémoriser l'ensemble des contre indications médicamenteuses, d'où la nécessité de recourir au moindre doute à un guide de prescription comme le dictionnaire Vidal. En cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable »</p>	<p>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.</p>
<p>Critère 3 et 4 : La prise de médicaments d'une même classe augmente le risque iatrogénique sans améliorer l'efficacité (AINS, BZD)</p>	<p>Critère 7 : En cas de justification argumentée dans le dossier, coter « non applicable »</p>	

3.3 Méthode de travail

↳ ordonnances –

10 ordonnances successives, avec les dossiers correspondants, de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et **poly pathologiques**). Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65-80 ans mono pathologiques .

↳ modalités

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation de l'ordonnance sont remplies en regard des éléments notés sur les ordonnances et dossiers correspondants.
- compléter la table des résultats (mise en annexe) et analyser sa pratique
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne n+1.La colonne n+2 et/ou n+.... pourra être utilisée dans une démarche continue.

4. EPP : Evaluation des dossiers

4.1 Grille de recueil

Le dossier comporte		oui	non	NA
1	Les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse)			
2	Les coordonnées du médecin traitant			
3	La liste classée des pathologies (<i>antécédents significatifs, pathologies aiguës, pathologies chroniques actives</i>)			
4	La liste complète des médicaments prescrits, classés par domaine pathologique			
5	Avec les posologies			
6	La clairance de la créatinine (<i>lors du séjour ou datant de moins d'un mois</i>)			
7	La mesure du poids lors du séjour (<i>datant de moins de 2 mois si séjour prolongé</i>)			
8	La recherche d'hypotension orthostatique			
9	Les objectifs thérapeutiques pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation			
10	L'argumentaire de prise en charge thérapeutique pour chaque pathologie			
11	le suivi de l'efficacité pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation			
12	le suivi de la tolérance pour chaque médicament prescrit au jour de l'évaluation			
13	L'éventuel refus du patient à être traité			
14	Une appréciation sur l'observance du patient (<i>adhésion au traitement médicamenteux</i>)			
15	La personne gérant le traitement au quotidien (<i>le malade ou une tierce personne</i>)			
16	Une appréciation de l'automédication du patient (<i>oui ou non, si oui médicaments notés</i>)			
17	A l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des médicaments			
18	A l'issue de cette hospitalisation, l'ordonnance de sortie des examens à faire dans le mois			

4.2 Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

<p>Critère 3 et 4 : La structuration de la liste des médicaments 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.</p>	<p>Critère 8 : La recherche d hypotension orthostatique doit se faire en cas de présence de traitements occasionnant une hypotension comme les antihypertenseurs ou les psychotropes..</p>	<p>Critère 13 : Selon la loi du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005, le refus du patient doit être retrouvé à deux reprises dans un délai raisonnable dans le dossier .</p>
<p>Critère 5, 6, 7 : Le fait de préciser la clairance et le poids est une vérification ultime des posologies prescrites et de l'absence de contre-indication rénale.</p>	<p>Critères 9,10,11,12 : Il est important d'avoir des réflexions sur le rapport bénéfice risque des médicaments prescrits mais aussi de repérer des pathologies insuffisamment traitées (démence , Ostéoporose , insuffisance cardiaque ,hypertension artérielle).Ces réflexions conduisent à évaluer le bon usage , le mésusage et la sous utilisation des médicaments .</p>	<p>Critère 14 : Le dossier doit permettre de repérer les difficultés de prise des médicaments .</p>
<p>Critère 15 à 18 : Ces critères concernent plus les patients étant ou retournant à domicile.</p>		

4.3 Méthode de travail :

Le nombre de critères (de 4 à 18) est défini par le pilote de l' EPP en fonction de la faisabilité dans la structure et des axes d'amélioration attendus.

↳ dossiers à inclure

- 5 dossiers minimum (les derniers admis, ou tirés au sort selon méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombre aléatoires chez des patients de plus de 80ans ou plus de 65 ans et poly pathologiques) . Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65-80 ans mono pathologiques .

Le nombre de dossiers peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs ,du nombre d'activités de soins et du nombre de critères choisis .

↳ modalités

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier sont remplies en regard des éléments notés dans le dossier.
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne n+1.La colonne n+2 et/ou n+.... pourra être utilisée dans une démarche continue.

5. EPP : Évaluation ordonnances avec dossiers

5.1 Grille de recueil

L'ordonnance		oui (vrai)	non (faux)
1	Est identique au traitement noté dans le dossier		
2	Ne comprend pas de médicament sans indication documentée dans le dossier		
3	Comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter notées dans le dossier		

5.2 Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

<p>Critère 1 : Les modifications de traitement sont fréquentes chez le sujet âgé du fait de l'évolution des pathologies et des différents prescripteurs. Il est donc essentiel de s'assurer de la congruence entre le traitement noté dans le dossier et l'ordonnance.</p> <p>Critère 3 : Certaines pathologies sont insuffisamment traitées chez le sujet âgé comme l'insuffisance coronaire (traitement par excès de vasodilatateurs nitrés et par défaut de bêtabloquant et d' antiagrégant) ou comme l' insuffisance cardiaque (sous prescription d' IEC ou à posologie insuffisante) d'où l' importance de vérifier l' adéquation entre la liste des pathologies à traiter et l' ordonnance afin d' instaurer le traitement adéquat .</p>	<p>Critère 2 : -Beaucoup de traitements sont donnés à visée symptomatique sans démarche diagnostique étiologique. Une démarche rigoureuse s' impose chez le sujet âgé, malgré ses difficultés de réalisation. Elle permet de diminuer la polymédication sans perte de chances pour le patient -L'indication d un traitement peut disparaître du fait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l' échappement thérapeutique (ex : arrêt des anticholinesterasiques dans les formes très sévères de démence) - la guérison de la maladie (ex arrêt des inhibiteurs de la pompe à proton après la guérison de l'ulcère) - la comorbidité évolutive avec une espérance de vie réduite amenant à réviser les objectifs thérapeutiques
---	---

5.3 Méthode de travail

↳ dossiers à inclure

- 5 ordonnances minimum (les derniers admis, ou tirés au sort selon méthodologie « tirage au sort » en utilisant une table de nombres aléatoires chez des patients âgés de plus de 80 ans ou plus de 65 ans et poly pathologiques) . Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65-80 ans mono pathologiques .

Le nombre d'ordonnances peut être augmenté en fonction du nombre de prescripteurs, du nombre d'activités de soins .

↳ modalités

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du dossier sont remplies en regard des éléments notés sur l'ordonnance et dans le dossier .
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique
- dégager des axes d'amélioration en tenant compte de leur faisabilité ; l'analyse des résultats est compliquée du fait de la polypathologie . L'élaboration des axes d'amélioration se fait au regard des pathologies « peu », « mal » ou « trop » traitées. Le résultat peut être décliné pathologie par pathologie , ce qui permet de dégager des axes d'amélioration.
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne n+1.La colonne n+2 et/ou n+.... pourra être utilisée dans une démarche continue.

6. EPP Évaluation des compte-rendus de sortie

6.1 Grille de recueil

Le compte-rendu de sortie		oui	non	non applicable au patient
1	Est adressé au médecin traitant dès la sortie du patient (sous 48 heures)			
2	Est conservé dans le dossier			
3	Explique les modifications de traitement, le cas échéant			

6.2 Méthode de travail

↳ Professionnels concernés

médecins responsables du patient lors du séjour hospitalier. (surtout court séjour, soins de suite)

↳ compte-rendus à inclure

- 10 compte-rendus de sortie, tirés au sort, de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et poly pathologiques), Il ne parait pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65-80 ans mono pathologiques .

↳ modalités

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du compte-rendu sont remplies en regard des éléments notés dans le compte-rendu de sortie et dans le dossier patient.
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- si un suivi ultérieur est réalisé, les résultats seront notés dans la colonne n+1. si nécessaire, en s'appuyant sur les aides à la mise en oeuvre des bonnes pratiques.

7. EPP : Évaluation courrier au médecin traitant

7.1 Grille de recueil

Le courrier au médecin traitant		oui	non	non applicable au patient
1	Est adressé au médecin traitant dans les 48 heures suivant la consultation			
2	Est conservé dans le dossier			
3	Explique les modifications de traitement, le cas échéant			
4	Définit les critères de suivi pour tout nouveau traitement, le cas échéant			

V-2 Méthode de travail

↳ **Professionnels concernés**

médecin prescripteur occasionnel du patient (consultation, hôpital de jour, médecin coordinateur)

↳ **courriers à inclure**

- 10 courriers au médecin traitant, tirés au sort de patients de plus de 80 ans (ou de plus de 65 ans et poly pathologiques), Il ne paraît pas pertinent d'inclure des patients ou résidents de 65-80 ans mono pathologiques .

↳ **modalités**

- en rétrospectif, les grilles des critères d'évaluation du courrier au médecin traitant sont remplies en regard des éléments notés dans le courrier et dans le dossier du patient.
- compléter la table des résultats et analyser sa pratique ;
- pour la deuxième évaluation, les résultats seront notés dans la colonne n+1. La colonne n+2 et/ou n+.... pourra être utilisée dans une démarche continue.