LISTE DE MÉDICAMENTS PRÉFERENTIELLEMENT ADAPTÉS À LA PRESCRIPTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

MODE D'EMPLOI

Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ) - 25 rue Saint Hélier 35000 RENNES
Tel : 02 99 30 36 45 Fax : 02 99 30 36 63 E-mail : *c.maret@urps-bretagne-medecins.org*

Ce que l'on sait :

- 10 à 20 % des hospitalisations des sujets âgés sont en rapport avec une iatrogénie souvent médicamenteuse.
- 40 % des événements indésirables médicamenteux seraient évitables.
- Sujets âgés = sujets à risque car poly médicamentation + troubles cognitifs + isolement social + nombreux psychotropes.
- Une éducation thérapeutique est toujours nécessaire, l'amélioration des pratiques professionnelles dans la prescription destinée aux seniors aussi.
- Une première prescription (nouvelle prescription) par le médecin généraliste nécessite une révision globale du traitement.
- Le choix du nouveau médicament peut être guidé par des référentiels destinés à éviter notamment le recours à des médicaments potentiellement inappropriés.

Ce que ce travail coopératif apporte :

- Une liste "non exhaustive" des principaux médicaments (répertoriés par classe et spécialité médicale) peu indiqués ou au contraire pertinents pour les séniors a été établie par des médecins généralistes.
- Cette liste reflète donc la pratique habituelle de près de 102 000 prescripteurs généralistes en France.

- Un code couleur a été attribué à chaque molécule.
- En un clic = une vision simplifiée des précautions d'emploi élémentaires de prescription du médicament envisagé.

- Code "VERT" : médicaments sélectionnés pour leur rapport bénéfice/risque favorable lors d'une prescription de première intention, en tenant toutefois compte des précautions d'emploi qui sont rappelées.
- Code "ORANGE" : si je prescris ce médicament dont j'ai l'habitude, je dois me montrer prudent. Pour valider ce choix, une ré-évaluation du bénéfice/risque est recommandée pour chaque patient (cognition – risque de chutes – fonction rénale).
- Code "ROUGE" : médicament potentiellement inapproprié qui incite à ne pas prescrire et à préférer un autre médicament.

I - PRÉAMBULE

Retenue comme objectif prioritaire dans la loi de santé publique du 9 août 2004 (26), l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique.

La Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ) a été missionnée dans le cadre d'un financement par le FIQSV (Fonds d'Intervention Qualité des Soins de Ville) national pour :

- Etablir une liste de médicaments préférentiellement utilisable en première intention (introduction d'un nouveau traitement) chez les personnes âgées, en médecine générale
- Tester la faisabilité dans le cadre des "groupes qualité"
- Evaluer l'adhésion des médecins généralistes et des pharmaciens participant à ce concept.

Cette liste est établie à partir de documents existants, après revue de la littérature.

Elle n'est pas opposable aux médecins et a été établie et classée en fonction des principales pathologies prises en charge par le médecin généraliste.

Les molécules sont désignées par leur DCI (Dénomination Commune Internationale).

La population cible est la personne âgée de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polymédiquée et en ALD (Affection Longue Durée).

Ce travail concernant la prescription de médicaments chez les personnes âgées se justifie pour différentes raisons :

- Des raisons démographiques

Il y a en France 11 millions de personnes âgées de plus de 65 ans (INSEE janvier 2011). L'espérance de vie à la naissance des français est aujourd'hui de 83,7 ans pour les femmes et de 76,7 ans pour les hommes.

- Un recours légitime et important au système de soins par la population concernée

Les plus de 80 ans représentent 3,4% de la population et 11,9% des dépenses médicales. Les plus de 65 ans consomment plus de 40% des médicaments et représentent environ 20% de la population.

- Un problème majeur de santé publique

La prescription médicamenteuse inappropriée est associée à une augmentation de la morbi-mortalité liée à la survenue d'événements indésirables, en particulier chez les plus de 80 ans où ce risque est proportionnel au nombre de médicaments prescrits et aux comorbidités associées.

La iatrogénie médicamenteuse est deux fois plus importante chez les personnes âgées (5,9% des prescriptions versus 2,8% chez les moins de 65 ans) (4). Elle est responsable de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires. Elle engendre un coût financier estimé à 320 millions d'euros (*rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 2001).*

II – MÉDICAMENTS ET PERSONNES AGÉES : une prescription pas comme les autres, liée à plusieurs facteurs

- Les modifications des paramètres pharmacodynamiques des médicaments

  - La sensibilité des barorécepteurs diminue avec l'âge. La personne âgée est plus exposée aux hypotensions orthostatiques lors de la prise de traitements antihypertenseurs ou de neuroleptiques.

  - Les mécanismes régulant la température corporelle sont altérés, le risque d'hypothermie ou d'hyperthermie avec certains médicaments tels que les neuroleptiques est de fait majoré.

  - La fonction rénale, attestée par le DFG (Débit Filtration Glomérulaire) estimé, diminue avec l'âge. La personne âgée est plus exposée à la survenue d'une insuffisance rénale avec les AINS (inhibition des prostaglandines rénales vasodilatatrices).

  - La régulation de la glycémie est altérée, le risque d'hypoglycémie majorée avec l'insuline, les sulfamides hypoglycémiants.

  - Les anticholinergiques sont déconseillés chez la personne de plus de 70 ans en raison de la gravité des effets indésirables (rétention urinaire, glaucome aigu à angle fermé) liés à une altération de l'innervation parasympathique.

  - Les effets dépresseurs centraux des benzodiazépines sont majorés en raison d'une augmentation de la sensibilité du SNC (Système Nerveux Central). Par ailleurs, les concentrations plasmatiques de ces médicaments peuvent être augmentées en raison d'une modification de la pharmacocinétique.

  - La réponse aux agonistes β adrénergiques et aux β bloquants est diminuée chez la personne âgée. Cette diminution n'est pas liée à une diminution de la densité en récepteurs sur les organes cibles mais à une altération de leurs voies de signalisation.

  - La diminution du nombre de récepteurs dopaminergiques et des concentrations de dopamine dans le cerveau majore le risque de survenue de syndrome pseudo parkinsonien lors de la prise de neuroleptiques.

  - La modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique s'accompagne d'une sensibilité aux médicaments agissant au niveau du système nerveux central.

- Les modifications des paramètres pharmacocinétiques des médicaments

  - **Résorption :** La clairance gastrique est ralentie ainsi que la sécrétion acide. La motilité intestinale est réduite et le débit sanguin splanchnique est diminué. Cet ensemble conduit à une résorption plus lente de certains médicaments.

  - **Distribution :** La répartition des compartiments de l'organisme est modifiée en raison d'une augmentation des graisses associée à une diminution de l'eau intracellulaire et de la masse musculaire. La concentration en protéines plasmatiques, telle l'albumine, baisse. Ceci est susceptible d'augmenter la fraction libre d'un médicament qui se fixe surtout aux protéines plasmatiques (ex : anticoagulant type AVK).

- **Métabolisme :** La fonction hépatique et la fonction rénale diminuent avec l'âge. En pratique, la réduction de la fonction rénale (filtration glomérulaire et fonction tubulaire) est la plus importante : la posologie des médicaments à élimination rénale doit donc être adaptée au DFG estimé par différentes formules dont celle de Cockcroft utilisée dans le dictionnaire VIDAL.

➢ Les incertitudes des essais cliniques de médicaments destinés aux personnes âgées

Les essais cliniques au sein d'une population âgée se heurtent à des difficultés d'ordre éthiques et méthodologiques :

- Des problèmes d'éthique en rapport avec la fragilité notamment cognitive de cette population avec la difficulté d'obtenir le consentement éclairé du malade.

- Des difficultés de sélection d'un groupe homogène (tranche d'âge, sujets dont l'état de santé est cliniquement comparable, etc.) ; difficulté à atteindre une dose efficace pour des raisons de tolérance ; durée de l'étude plus longue souhaitable, car destinée à un traitement chronique.
  La sous-représentation (ou le plus souvent l'absence) des sujets âgés de plus de 75 ans ou poly pathologiques dans les essais cliniques ne permet pas de bien évaluer, avant la mise sur le marché, le rapport bénéfice/risque d'un médicament.

- Extrapolés aux patients âgés, les résultats obtenus dans des populations adultes plus jeunes ou âgées mais "robustes" restent aléatoires. Il en résulte une défaillance dans le processus de prescription de médicaments chez les personnes âgées. D'où l'importance des études post - AMM et de la pharmacovigilance.

III – COMMENT OPTIMISER NOS PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Notre démarche est une démarche où sont pris en compte les pathologies mais aussi des objectifs de qualité de vie et non une addition de pathologies et de symptômes.

Une fois ce principe acquis, l'application globale de référentiels redevient un objectif réaliste.

A. Les données de la littérature

Les publications concernant les règles de bonne prescription médicamenteuse chez la personne âgée sont nombreuses. Nous avons sélectionné pour ce projet les publications citées dans la bibliographie.

En particulier :

- Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point Afssaps 2005.
- Listes de médicaments "appropriés" chez la personne âgée, publiées par les OMEDIT régionaux (11;12;13).

La prescription "appropriée" est une prescription d'un médicament qui a fait la preuve de son efficacité dans une indication donnée, qui est bien tolérée, qui présente un rapport bénéfice/risque et coût/efficacité favorable et qui dans la population âgée prend en considération l'espérance de vie du patient auquel il est prescrit.

"Une prescription qui permet un traitement aussi *efficace* et aussi *sûr* que possible, tout en minimisant les *coûts*, et en respectant le *choix* du patient" (Barber 1996).

- Les trois concepts de prescription sub-optimale: La prescription peut être optimisée, en repérant les excès de traitements "overuse", la prescription inappropriée "misuse" et l'insuffisance de traitement "underuse".

- ✓ l'"**overuse**" ou excès de prescription. Le médicament n'a pas ou plus d'indication : il est nécessaire avant de prescrire d'en revoir régulièrement les indications : par exemple, préciser le mécanisme de l'insuffisance cardiaque, étayer le diagnostic d'insuffisance coronaire, de dépression …
- ✓ le "**misuse**" ou prescription inappropriée ou médicament potentiellement inapproprié. Une thérapeutique est considérée comme inappropriée lorsque les risques potentiels l'emportent sur les bénéfices attendus. D'où l'utilité de liste de médicaments ayant un rapport bénéfice/risque favorable chez la personne âgée pour évaluer les prescriptions inappropriées. Elle implique également la notion d'alternative médicamenteuse plus favorable aux sujets âgés
- ✓ l'"**underuse**" ou défaut de prescription. Un ou plusieurs médicaments, par exemple utiles dans le domaine de la prévention ne sont cependant pas prescrits.

B. Les outils et référentiels (Recommandations, programmes de formation et d'évaluation publiés par la HAS)

- Les critères de Beers publiés en 1991 et actualisés en 1997, 2003 et 2012(5). Ils pointent les risques des prescriptions de médicaments inappropriés aux personnes âgées, en distinguant une liste de médicaments toujours dangereux et une seconde liste de médicaments à éviter dans des contextes de pathologies particulières. La dernière version de 2012 comporte 14 pages de tableaux.

- MAI (Medication Appropriateness Index) (16).

- En 2007, Laroche ML (3) a élaboré une liste de médicaments inappropriés adaptée à la pratique française. La méthode Delphi à deux tours a été utilisée pour parvenir à un consensus de 15 experts. Cette liste concerne les personnes âgées de 75 ans et plus. Elle se compose de 34 critères : 29 médicaments ou classes médicamenteuses qui sont à éviter, indépendamment du contexte clinique, et 5 situations cliniques incluant les médicaments à éviter. Elle est la première à proposer des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces avec des médicaments utilisés en France.

- GP-GP (Good Palliative-Geriatric Practice algorithm for drugs discontinuation). Cet algorithme utilise une série de questions qui permettent de décider de l'arrêt ou de la poursuite du traitement médicamenteux. Les auteurs rapportent un taux de succès de 81% pour l'arrêt des médicaments inappropriés. Le temps requis pour l'utilisation de cet outil n'est pas précisé dans l'étude (18).

- STOPP-START est un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. L'adaptation en français a été publiée récemment. Il se compose de critères organisés par systèmes physiologiques considérant à la fois les médicaments inappropriés, les interactions médicamenteuses et les co-morbidités (65 critères STOPP), mais aussi l'omission de prescriptions considérées comme "Underuse" (22 critères START).

C. Les données de la pratique

Malgré les nombreux "outils" de repérage "Médicaments Potentiellement Inappropriés" et les solutions théoriques publiées, les chiffres de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sont en progression.

On peut s'interroger sur la faisabilité des outils de repérage des Prescriptions de Médicaments Inappropriés (PMI) en médecine générale. On connaît aussi le manque d'efficacité de la diffusion passive des recommandations en termes de changement de pratique. De plus, la majorité de celles-ci sont d'obédience hospitalière et peu diffusée en médecine ambulatoire.

La prescription médicamenteuse destinée aux personnes âgées est un problème complexe qui ne peut être uniquement traité par des listes explicites de médicaments ou des algorithmes décisionnels.

Le médicament de référence pour chaque situation clinique n'existe pas. La prescription d'un médicament "hors liste" peut être pertinente si le bénéfice/risque reste favorable pour ce patient. La prescription "sans risque" chez la personne âgée n'existe pas.

Cette complexité nécessite une prise en charge globale avec une évaluation gérontologique de chaque patient et une personnalisation de la prescription.
Une prescription sûre est d'abord une prescription comprise par le patient et/ou son entourage (ex : anticoagulants). Cela demande du temps et l'implication de tous les acteurs concernés par l'ordonnance, en particulier une collaboration étroite entre le médecin et le pharmacien.
Pour progresser, il faut cesser d'accuser et essayer de mieux cerner le défi de la prescription aux personnes âgées en étudiant réellement les contraintes du prescripteur et en reconsidérant la faisabilité des outils à notre disposition.

IV - ELABORATION D'UNE LISTE DE MEDICAMENTS PREFERENTIELLEMENT ADAPTES A LA PRESCRIPTION DE PREMIERE INTENTION EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE CHEZ LA PERSONNE AGEE

- Pourquoi une liste de médicaments "positive" ?

La prescription de médicaments ayant un rapport bénéfice/risque favorable chez la personne âgée est une préoccupation quotidienne du médecin généraliste.

Cette liste doit être un "outil" pratique d'aide à la décision médicale. Elle doit constituer un référentiel d'auto évaluation de ses prescriptions médicamenteuses.

- Pourquoi les "groupes qualité" ?

La dynamique des "groupes qualité", la démarche réflexive, la territorialité, la transversalité (médecins/pharmaciens) doivent être des facteurs facilitant.

L'enjeu pour les "groupes qualité" est de tester l'acceptabilité et l'appropriation de cette liste "positive" par les médecins généralistes des "groupes qualité" dans le cadre de leur fonctionnement habituel avec la participation des pharmaciens du même territoire géographique.

Le suivi d'indicateurs et le retour d'informations propre aux "groupes qualité", doivent rendre visibles et lisibles les modifications de comportement.

Ces indicateurs seront :
- Pourcentage de médicaments de cette liste prescrits par chaque participant
- Pourcentage de participation des médecins et pharmaciens à ces réunions
Ou d'autres indicateurs choisis par les groupes (ex : Pourcentage "Underuse" ; Modification des taux d'hospitalisation).

Un dossier pédagogique spécifique "groupe qualité" sera élaboré, comprenant les références scientifiques, la méthode pédagogique et les outils d'évaluation (fiche audit).

Une formation de l'ensemble des coordonnateurs et animateurs régionaux sera réalisée avant le début des réunions.

- Quels objectifs ?

Objectif principal

- Sécuriser la prescription médicamenteuse des personnes âgées en médecine générale.

Objectifs intermédiaires

- Concevoir un outil "simple" d'aide à la prescription de première intention des molécules ayant le meilleur rapport bénéfice/risque chez la personne âgée dans les principaux domaines pathologiques rencontrés en pratique courante de médecine générale.

- Diminuer le nombre d'hospitalisations liées à des événements iatrogéniques (interactions médicamenteuses, surdosage).

- Sensibiliser les généralistes à la problématique de la prescription médicamenteuse et de la iatrogénie chez le sujet âgé.

- Harmoniser les pratiques et les relations entre les différents intervenants.

V- METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA LISTE

Constitution d'un groupe de travail (FFGQ) composé de médecins généralistes (9 praticiens, soit un par région engagée dans la démarche "groupe qualité") et d'un groupe d'experts (3 gériatres cliniciens et 2 pharmacologues).

- ***Première étape***

Réalisation d'un document de travail par le groupe généraliste.
A partir d'une revue de la littérature et la consultation des principaux sites d'information sur les médicaments : ANSM, HAS, EMA, dictionnaire VIDAL, la lettre informatique hebdomadaire VIDAL news, les bulletins d'information en pharmacologie des CRPV.

Ces documents ont permis :

1. *Choix des critères de présentation des médicaments* (répartis en 8 colonnes)

1ère colonne : DCI (Dénomination Commune Internationale)

2ème colonne : DC (Dénomination Commerciale)
Dosages et différentes galéniques du médicament (comprimé, gélule, solution buvable, spray inhalation, usage local, injectable).

La présence du logo rappelle le risque pour la conduite automobile avec ce médicament.

3ème colonne : modalités d'administration
Posologie recommandée, nombre de prises et horaires, durée du traitement (antibiotiques,….). Si des recommandations existent quant à l'impossibilité d'ouverture des gélules ou l'écrasement des comprimés, l'utilisation de pictogramme est proposée :

4ème colonne : précautions d'emploi
Risque d'associations médicamenteuses dangereuses nécessitant une consultation du VIDAL. Nécessité de réaliser une titration (posologie initiale la plus faible possible et augmentation par palier toutes les 2 semaines en fonction de la tolérance clinique et biologique).
Risque de chutes.
Evaluation cognitive recommandée.
Les autres précautions d'emploi seront hiérarchisées en fonction du risque iatrogénique potentiel (insuffisance hépatique,…..).

5ème colonne : contre-indications absolues
Conforme au RCP de chaque médicament.
L'allergie à chaque principe actif ou à un de ses constituants est une contre-indication absolue qui s'applique à tous les produits de la liste.

6ème colonne : élimination voie rénale
Risque de toxicité en cas d'insuffisance rénale. L'attention du prescripteur est attirée par un smiley rouge lor e la fonction rénale doit conditionner la prescription (adaptation posologie, titration).
L'absence de ce logo signifie qu'il n'y a pas d'adaptation posologique à effectuer ou qu'il n'existe pas de données dans le RCP (ANSM).

7ème colonne : interaction avec les anticoagulants de type AVK nécessitant des contrôles INR plus fréquents
L'attention du prescripteur est attirée par le logo

8ème colonne : surveillance du traitement
Bilan clinique (poids, recherche d'une hypotension orthostatique,….) et biologique avant et pendant le traitement.

9ème colonne : intérêt gériatrique
Les messages positifs : quand le bénéfice existe, le signaler pour éviter l'omission de prescription ("underuse").
Existence de galéniques adaptées à la personne âgée :

- forme soluble
- ouverture des gélules possible
- écrasement possible des comprimés

2. *L'arborescence de la présentation* est réalisée par spécialité correspondant à la prescription courante en soins primaires généraliste, selon le mode de la classification VIDAL.

- ✓ Antalgiques
- ✓ Gastro-entérologie
- ✓ Rhumatologie
- ✓ Infectiologie
- ✓ Neurologie
- ✓ Ophtalmologie/ORL
- ✓ Dermatologie
- ✓ Endocrinologie/Diabétologie
- ✓ Pneumologie
- ✓ Cardio-vasculaire/Hématologie
- ✓ Urologie/Gynécologie

Pour chaque chapitre → ex : **"cardiovasculaire"**
Une sous classe thérapeutique → ex : **"diurétiques"**
Les différentes molécules → ex : **"furosémide"**

3. *A partir des trois listes positives publiées par les OMEDIT Alsace, Centre et la liste Korian, sélection des médicaments issus de ces listes avec comme critère principal de choix, la pertinence pour une prescription "appropriée" de première intention en pratique ambulatoire généraliste.*
   La référence utilisée pour les médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées est la liste rouge (y figure les médicaments de la liste Laroche (3)).

- ➢ ***Deuxième étape (validation)***

Elle repose sur une lecture critique (grille de lecture) du document par le groupe d'experts (pharmacologues et gériatres), faisant suite à une confrontation d'opinions des experts en réponse aux questions posées, sur le fond et la forme, par les médecins généralistes "groupe qualité" lors de réunions présentielles.

VI – LES MESSAGES CLES POUR LA PRATIQUE

- ➢ ***Première étape : le patient, la pathologie et le traitement – état des lieux***

Avant de prescrire un médicament chez un patient âgé, que doit savoir le prescripteur ?

1- Concernant le patient : un outil d'évaluation
"ABCDEF" www.geronto-normandie.org)

- L'ensemble des traitements en cours (polymédication)
- L'IMC (état nutritionnel)
- La fonction rénale, la fonction hépatique
- Les comorbidités et leur hiérarchie

- Les fonctions motrices (antécédents de chutes, de fractures, vitesse de marche)
- L'état sensoriel
- L'autonomie (IADL)
- Les fonctions cognitives et thymiques
- La qualité de l'entourage

Un outil de repérage de la fragilité pour tous les praticiens non gériatre, utilisable en pratique quotidienne (P. Chassagne, T. Pesque) : "Identifier la valence gériatrique d'un sénior".
Outil **"A.B.C.D.E.F"** "**A**utonomie.**B**mi.**C**omorbidité.**D**rugs.**E**quilibre.**F**onctions cognitives" (non publié).

2. Concernant la pathologie :

Les données acquises de la science sur la pathologie concernée ? Que disent les recommandations ? Quels sont les messages "clés" spécifiques aux personnes âgées (s'ils existent) ?

3. Concernant le médicament à prescrire **:**

- Les propriétés pharmacologiques
- L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)
- Le Service Médical Rendu (SMR)
- L'existence ou non d'une galénique adaptée au patient âgé
- Les contre-indications
- Les effets indésirables les plus fréquents et/ou les plus graves
- Les principales interactions médicamenteuses
- La voie d'élimination prépondérante
- La durée d'action (½ vie) : éviter les médicaments à ½ vie longue (sauf AVK par exemple)
- La fixation aux protéines

➢ ***Deuxième étape : les questions qu'il faut se poser***

✓ Les pathologies actuelles et à traiter sont elles documentées dans le dossier, actualisées et hiérarchisées ?

✓ La liste des médicaments est elle complète (autres prescripteurs, automédication) ?

✓ L'ordonnance comporte t-elle des médicaments sans indication valide documentée dans le dossier ? ex : IPP en l'absence de pathologie digestive prouvée,

antidépresseur pour dépression ancienne, douleur thoracique traitée par vasodilatateur nitré sans explorations complémentaires, ….

- ✓ Quelle est la validité actuelle du traitement ? Existe t-il des recommandations récentes concernant les pathologies a traiter ?
  Qui est le prescripteur du traitement initial (avis spécialisé/décision du médecin traitant), depuis quand et pour quelle indication ?

- ✓ Existe-t-il sur l'ordonnance des associations médicamenteuses "à risque" ?

- ✓ Existe-t-il sur l'ordonnance des médicaments pour lesquels les comorbidités évolutives, l'espérance de vie, les effets secondaires, amènent à réviser les objectifs thérapeutiques ?

- ✓ Existe-t-il des situations "à risque" chez ce patient ? Le patient gère t-il lui-même son traitement ? Si non une tierce personne est-elle identifiée? Les fonctions supérieures ont-elles été évaluées ? L'observance est-elle *a priori* correcte ? L'existence ou l'absence d'antécédent de chute est-elle notée dans le dossier ? La recherche d'une hypotension orthostatique est-elle notée dans le dossier ? La surveillance biologique est-elle réalisée : clairance créatinine, ionogramme datant de moins d'un an dans le dossier ? Une dénutrition a-t'elle été recherchée (IMC, albuminémie) ?

- ✓ Si une modification thérapeutique est justifiée, repérer les freins qui peuvent compromettre cette décision. Le patient ? Son entourage ? Le médecin traitant ? Le spécialiste ?

- ➢ ***Troisième étape : la rédaction de l'ordonnance***

Limiter la polymédication (définie par la consommation de cinq classes médicamenteuses, ou plus, par jour) et éviter tous les médicaments qui ne sont pas justifiés.

A chaque nouvelle prescription, s'interroger pour savoir quel médicament n'est plus indispensable et pourrait être supprimé.

Privilégier des schémas thérapeutiques simples (monoprise, répartition dans la journée).
Adapter (systématiquement à la fonction rénale) la posologie des médicaments en tenant compte de leurs paramètres pharmacocinétiques et de l'ensemble des modifications physiologiques et/ou pathologiques du patient (DFG).

Veiller à ne pas prescrire d'associations médicamenteuses à l'origine d'interactions ayant des conséquences cliniques.

Éviter de prescrire des médicaments dont la galénique ou les modalités de prise ne sont pas adaptées aux personnes âgées (ex : biphosphonates chez patients alités).

- ➢ ***Quatrième étape : le suivi du traitement (évaluation de l'efficacité et de la tolérance)***

Ne pas oublier que tout symptôme clinique peut être l'expression d'un effet indésirable.

Réévaluer régulièrement l'intérêt de chaque médicament en termes de bénéfice/risque individuel.

Surveiller et adapter le traitement, notamment lors de nouvelles pathologies aiguës intercurrentes.

Supprimer tout médicament qui pourrait être à l'origine d'effet indésirable ou non indispensable, en tenant compte de la pathologie traitée, de la hiérarchisation des pathologies, de l'état pathologique, et du risque de syndrome de sevrage.
L'arrêt de certains médicaments (ex : benzodiazépines au long cours) doit être progressif pour éviter les phénomènes de sevrage ou de rebond.

- ***Cinquième étape : le pharmacien, lors de la délivrance de l'ordonnance***

La personne âgée pouvant souffrir de handicaps (vue, ouïe, agilité manuelle, déglutition, troubles cognitifs) et les fonctions rénales et hépatiques pouvant être altérées, le pharmacien portera une attention particulière lors **de l'analyse pharmacologique de la prescription**.

La communication de la clearance de la créatinine serait souhaitable.

Il conviendra de :

- Rechercher les éventuelles **incompatibilités/contre-indications/redondance** entre ordonnances, provenant potentiellement de différents prescripteurs (médecin généraliste, spécialiste(s) voire du nomadisme médical). Il sera conseillé au patient d'avoir **un pharmacien habituel** et d'ouvrir systématiquement **un DP** (dossier pharmaceutique).

- Vérifier si des nouveaux symptômes évoqués par le patient au comptoir ne sont pas la conséquence possible d'un traitement (= réflexe iatrogène, permet d'éviter le **risque de cascade médicamenteuse**).

- Limiter au maximum **le changement de conditionnement**, notamment pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (Lévothyroxine, anti-épileptiques, Fentanyl, immunosupresseurs).

- Signaler au patient **tout changement de présentation** des médicaments qu'il prend régulièrement, en particulier tout changement de conditionnement (volume, couleur, …), de forme galénique (forme, taille, couleur, …), de changement de marque d'un générique.

- S'assurer que le patient peut **prendre correctement** ses médicaments (forme galénique, modalités d'administration). Etablir **un plan de prise** si nécessaire.

- Juger de **la compréhension de l'ordonnance par le patient** ou l'entourage: notamment pathologie(s) prise(s) en charge, modalités de traitement (schéma de prise, durée) pour chacun des médicaments.
  En cas de risque de **confusion** prendre contact avec le médecin pour mise en place de **PDA** (préparation des doses administrées) c'est-à-dire de piluliers réalisés à l'officine.

- Évaluer **l'observance** par un questionnaire commun et le suivi de consommation.

- Être Vigilant lors de demande **d'automédication.**

VII – EXPERTS

➢ Médecins Généralistes et Pharmaciens participants à la rédaction de la liste

- Dr COUVREUR Vincent, Médecin généraliste, président des Groupes Qualité du Nord Pas-de-Calais
- Dr DOUGUET Jean-Claude, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité de Bretagne
- Dr FREDENUSSI Paul, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité de PACA
- Dr HASCOËT Jean-Yves, Médecin généraliste, président des Groupes Qualité de Bretagne
- Dr LEQUEUX Yves, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité des Pays-de la Loire
- Dr LESAGE Jean-Pierre, Médecin généraliste, président des Groupes Qualité du Centre
- Dr LE THUILLIER, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité de Guadeloupe
- Dr LIBERT Alain, Médecin généraliste, président des Groupes Qualité de Haute-Normandie
- Dr MAGNANI Claude, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité de Basse-Normandie
- Dr TROBAS Jacques, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité de Picardie
- Dr WAGNER-BALLON, Médecin généraliste, coordonnateur des Groupes Qualité du Centre

- Dr DÉSERT Lucien, Pharmacien, président de l'URPS Pharmaciens de Bretagne

➢ Experts

- *Médecins gériatres*

  - Pr CHASSAGNE Philippe, Pôle de Gériatrie, Centre Hospitalier de Dieppe
  - Dr PESQUÉ Thierry, Service de médecine gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
  - Pr SOMME Dominique, Service de médecine gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire La Tauvrais de Rennes

- *Pharmaciens*

  - Dr JOYAU Caroline, Service de pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
  - Dr VEYRAC Gwénaëlle, Service de pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

VIII - REFERENCES

1. Lang P-O and col. Stop and start : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription inappropriée chez la personne âgée. Rev can santé publique 2009 ; 100(6) : 426-31.

2. Mallet L. and col. OPNA, MAI, STOPP, START, maintenant GP-GP : Qui dit mieux. Pharmactuel 2011; 44(4) : 240-1.

3. M.-L. Laroche, F. Bouthier, L. Merle, J.-P. Charmes. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française Rev Med Interne. 2009 Jul. 30(7) : 592-601.

4. Amalberti R. Erreurs de prescription chez les personnes âgées : incompétence ou mauvaise formulation du problème. Le Concours médical 2013 ; 135(3) : 231-3.

5. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in olderadults. Result of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003 ; 163 : 2716-24.

6. Mallet L, Spinewine A and Huang A. Médicaments inappropriés chez la personne âgée. Lancet 2007 ; 370 : 185-91.

7. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA). Programme pilote 2006-2013.HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa (consulté 09/09/13)

8. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Afssaps 2005.

9. Thésaurus des interactions médicamenteuses. ANSM. Mise à jour juillet 2013.

10. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? HAS juin 2013-09-02.

11. Liste Préférentielle de Médicaments adaptés à la Personne Agée en EHPAD. OMEDIT ALSACE juillet 2012.

12. Prescription chez la personne âgée. Liste ATC des médicaments proposés par la commission gériatrie de la région Centre. OMEDIT Centre Octobre 2012.

13. Livret du médicament. Pour son bon usage chez la personne âgée. Recommandations de bonnes pratiques. Guide Korian. Déc.2011.

14. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS 2005.

15. Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé. HAS octobre 2007.

16. Piette F., Le Quintrec JL**.** L'emploi d'un médicament nouveau chez les personnes âgées: Terra Incognita. Gérontologie et Société.103 ; 2002 :73-92.

17. Hanlon JT and all. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol 1992 ; 45 :1045-51.

18. Garfinkel D, Magin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medication in older patients : Addressing polypharmacy. Arch Intern Med 2010 ; 170 : 1648-54.

19. Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD. OMEDIT Basse-Normandie.2013.

20. Boissel JP, Gallois P. Fixer les objectifs thérapeutiques pour optimiser la démarche de prescription. Medecine fév.2009 : 72-6.

21. Pour mieux soigner : des médicaments à écarter. La Revue Prescrire fév 2013 ; 33(352) : 138-42.

22. Gallois P., Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales **:** quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Medecine nov.2006 : 402-6.

23. Académie Nationale de Pharmacie. Personnes âgées et Médicaments. Rapport juin 2005

24. Pr J Calop. UFR Pharmacie Grenoble. Iatrogénèse d'origine médicamenteuse et sujet âgé Comment prévenir ? Rôle du pharmacien clinicien AUEG 22 février 2011.

25. Martinez A, Le Bihen N, Baudry P, Lepelletier A, Maulaz B. Recommandations en matière d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules. CHU Nantes Juin 2009.

26. Ministère de la Santé. Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO n° 185 du 11 août 2004.

27. Caussin et coll. Médicaments écrasées : une pratique "artisanale" fréquente chez les personnes âgées, mais avec un risque iatrogène potentiel.http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/medicaments_ecrases_snfmi_12-09.pdf (consulté le 09/09/13)

28. Boyd CM, Darer J, Boult, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comordid diseases : implications for pay for performance. JAMA 2005 Aug. 10;2954(6):716-24.

SITES INTERNET :

1. Agence Nationale Sécurité Médicament www.ansm.sante.fr

2. Haute Autorité en Santé www.has.sante.fr

3. EMA-Agence européenne www.ema.europa.eu

4. VIDAL dictionnaire www.vidalonline.com

5. VIDAL news actualites.vidal@vidal.fr

6. Centre pharmacovigilance. Paris Fernand Widal

www.centres-pharmacovigilance.net/parisfw/index.htlm