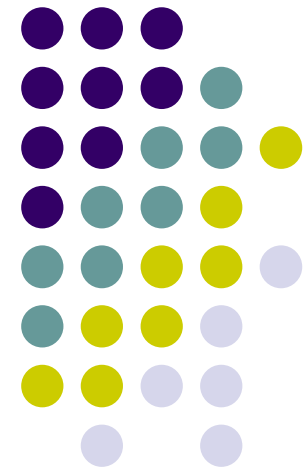


**Yvain F., Villegoueix P., Baraton C., Ferreol S., Hily S.,
Hôpital de Saint Nazaire, Hôpital Saint Jacques Nantes**

**Devenir des prescriptions à
efficacité insuffisante et
inappropriées chez les sujets
âgés hospitalisés**



Étude en service de Soins de suites et Réadaptation Gériatrique de juin 2007 à mars 2008



CONSTAT

Médecin Généraliste (MG)

principal prescripteur du sujet âgé

3 consultations de gériatrie sur 4 réalisées par lui

L'hospitalisation

contexte aigu permet la révision des ordonnances

L'ordonnance des patients âgés



Difficultés : - âge et déclin physiologique
- symptomatologie atypique
- pas d'essai clinique

On entend souvent : « trop de médicament »,
« médicaments inutiles »,
« dangereux »...



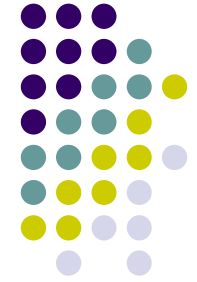
La polymédication est responsable de iatrogénie

Fréquente et grave chez les sujets âgés

38% d'effets indésirables dès 4 médicaments prescrits

16% des hospitalisations y sont liées

Réduire le polymédication



Pas simple

Car polypathologie
et paradoxalement certaines classes médicamenteuses
sont insuffisamment prescrites



L'excès de traitement :

- = médicaments prescrits en l'absence d'indication.
- = utilisation de **médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI, liste afsapps)**

Les prescriptions inappropriées (PI) :

- = **utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus** (\neq d'une contre indication)(*listes Beers, consensus français*)

L'insuffisance de traitement :

- = Absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle un ou plusieurs traitements ont démontré leur efficacité.
Ex : hta / bi et trithérapie

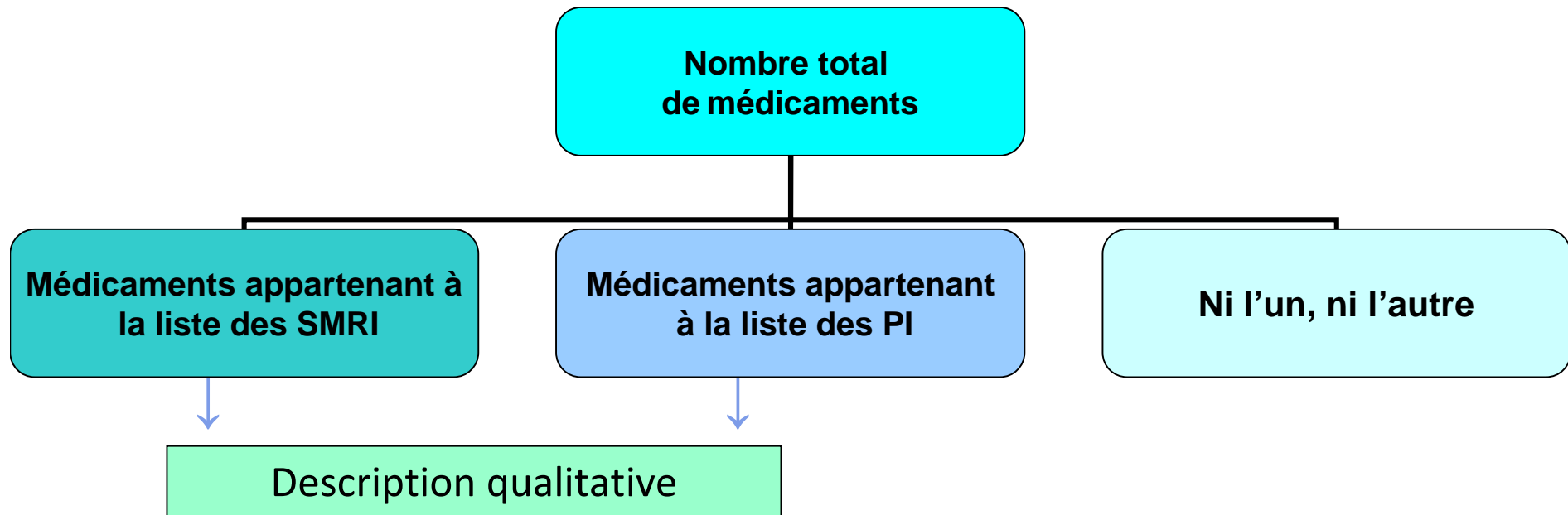


- **Dans la polymédication** : part des médicaments à SMRI et des PI ?
- **Impact de l'hospitalisation** sur le nombre total de médicaments, sur les SMRI et les PI ?
- **Devenir des traitements** lors du renouvellement.

91 dossiers du Service de Soins de Suite Gériatrique de l'hôpital Saint Jacques à Nantes



Sources : ordonnances du traitement habituel du MG, courriers de sortie, appels téléphoniques aux MG des patients inclus au cours du 2^{ème} mois après la sortie.



Cas particulier du dextropropoxyphène (DI-ANTALVIC^o) = PI inclus dans notre étude, mais absent dans la liste de référence (= consensus français)

Nombre total de médicaments

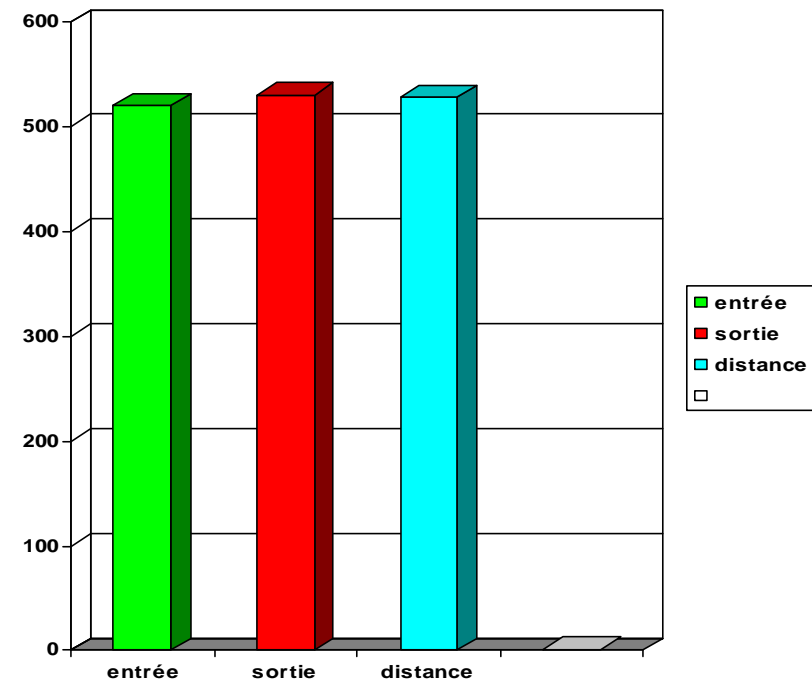


520 à l'entrée, **530** à la sortie, **528** à distance

Moyenne de **5,7** médicaments par patient (0-18) à l'entrée, **5,8** (0-17) à la sortie et **5,8** (1-15) à distance

Pas de modification du nombre total de médicaments

avant, après et à distance de l'hospitalisation





Pendant l'hospitalisation :

520 médicaments à l'entrée → 228 arrêts / 238 introductions

= presque la moitié des médicaments sont arrêtés et autant introduits

Lors du renouvellement :

128 modifications → 65 arrêts / 63 introductions

Médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI)



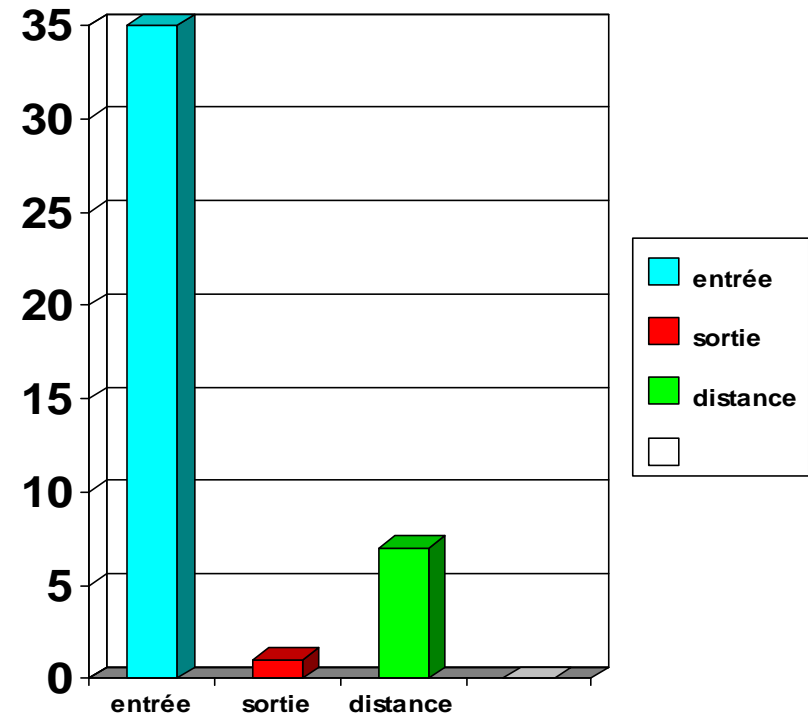
35 à l'entrée, 1 à la sortie, 7 à distance

28%, 1,1% et 6,6% des ordonnances contenaient au moins un SMRI

Diminution significative des SMRI à la sortie, ainsi qu'à distance ($p < 0,001$)

Augmentation non significative à distance

On retrouve surtout des **veinotoniques et vasodilatateurs**



Arrêt de tous les SMRI et introduction d'un pendant l'hospitalisation.

Pas d'arrêt lors du renouvellement et 6 SMRI introduits

Prescriptions inappropriées

33 à l'entrée, 23 à la sortie, 24 à distance

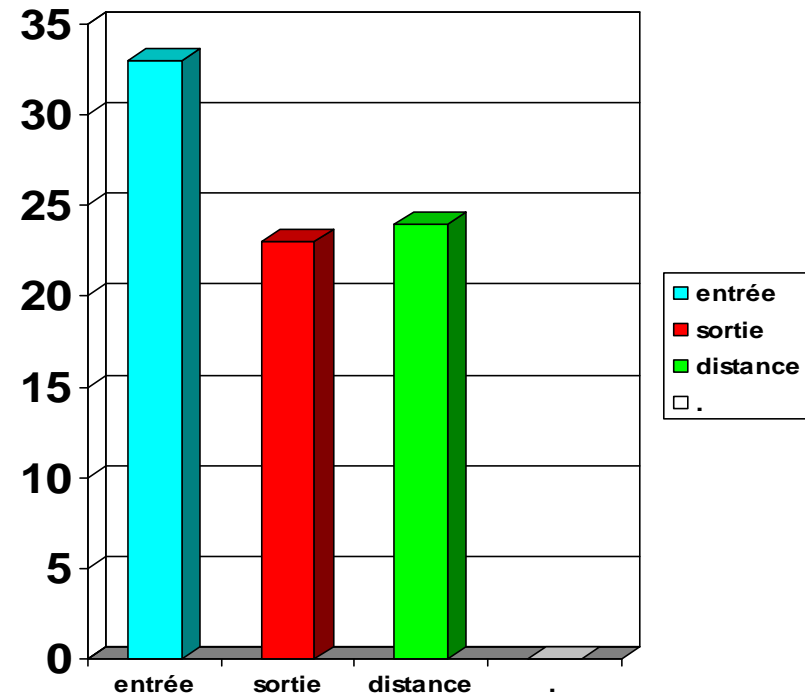
33%, 21% et 22% des ordonnances contenaient au moins une PI

Pas de diminution significative

nuance

En terme de patient ayant au moins une PI dans son ordonnance, **diminution significative en sortie** d'hospitalisation ($p < 0,05$)

→ des benzodiazépines à demi-vie longue (LEXOMIL^o++), médicaments à effets anticholinergiques, anti-hta centraux...



Arrêt de 11 PI, des 5 DI-ANTALVIC^o et introduction de 6 PI pendant l'hospitalisation

Arrêt de 3 PI lors du renouvellement et 4 PI introduits



Au total,

→ polymédication existe et perdure en sortie d'hospitalisation et lors du renouvellement

→ SMRI et PI peu nombreux par rapport au nombre total de médicament **MAIS** prévalence importante = on retrouve l'un des deux types de médicaments dans plus de la moitié des ordonnances

Au total, en sortie d'hospitalisation,

→ pas de modification du nombre total de médicaments

→ arrêt de SMRI

→ tendance aux modifications des PI

Et lors du renouvellement,



- pas de modification du nombre total, peu SMRI introduits, PI inchangées
- 2 ordonnances reprises à l'identique / à l'entrée , contexte visite à domicile et par un remplaçant. (courrier reçu)
- Peu de médicaments réintroduits (identique à l'entrée) par le MG = 11 traitements dont 3 contre indiqués dans le courrier de sortie (1 courrier non reçu, 1 en connaissance de cause et 1 après avis spécialisé)
- Causes des autres réintroductions : pas de courrier, courrier mais pas d'explication, demande par patient (1 SMRI)

La justification : le courrier de sortie



Délai de réception du courrier : 14.2 jours en moyenne

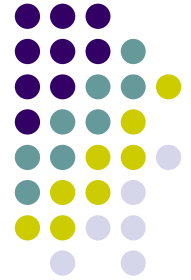
Réception du courrier : lors de l'appel dans 70% des cas

Justification des modifications :

détaillées : 29.1%

incomplètes : description de l'ordonnance : 57.1%

SMRI



→ **placébo** (anti-ischémique et trouble cognitif),
seulement symptomatique pas de prévention des complications (veinotoniques)

→ Souvent **pratique** car peu ou pas d'effets secondaires

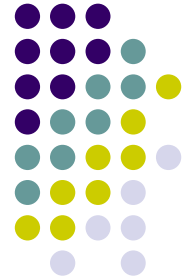
Relation médecin-malade

Mais

Pas au long cours

Mesures hygiéno-diététiques ++

Les prescriptions inappropriées



→ Terme confus dans la littérature : PI inclus souvent SMRI

ATTENTION

→ Rapport bénéfice /risque - = **danger**

→ Nombreux effets secondaires

→ Difficulté à adapter les listes car dépendant du contexte clinique

= ALERTE

Intérêt + à faire la distinction entre PI et SMRI dans les études évaluant notamment la iatrogénie

Les modifications



→ **arrêts des SMRI ++**

Nombre total de médicament inchangé après
hospitalisation et à distance

Par

→ **Introduction de médicament(s) approprié(s) dans
contexte aigu**

→ **introduction de prescription insuffisante**
(ostéoporose++)

→ **insuffisance de réflexion sur les PI**

CONCLUSION



- bonne continuité des soins.
 - améliorer la communication entre l'hôpital et la ville
 - Par des courriers plus rapides et ciblés
 - Par des études de cas communs, ...
 - revoir chaque année les traitements et lors de l'introduction d'un nouveau
- Consultation de prévention annuelle = EDUCATION =
consultation longue = cotation spécifique

CONCLUSION



- Poursuite du développement des outils d'aide à la prescription (ex: Développement de méthodes de dosages et échelle pour activité anticholinergique...)
- Intégration des patients âgés dans les essais cliniques, voire même polypathologiques et polymédiqués
- Modifier dans la définition des critères de fragilité la notion de polymédication