

— Iatrogénie et bon usage du médicament chez les personnes âgées

Aline Mousnier - Véronique Pellissier
Coordination **O**bservatoire du **M**édicament, des **d**ispositifs
médicaux et de l'**I**nnovation **t**hérapeutique- ARS PACA

— Personnes âgées: la situation régionale

— Définition

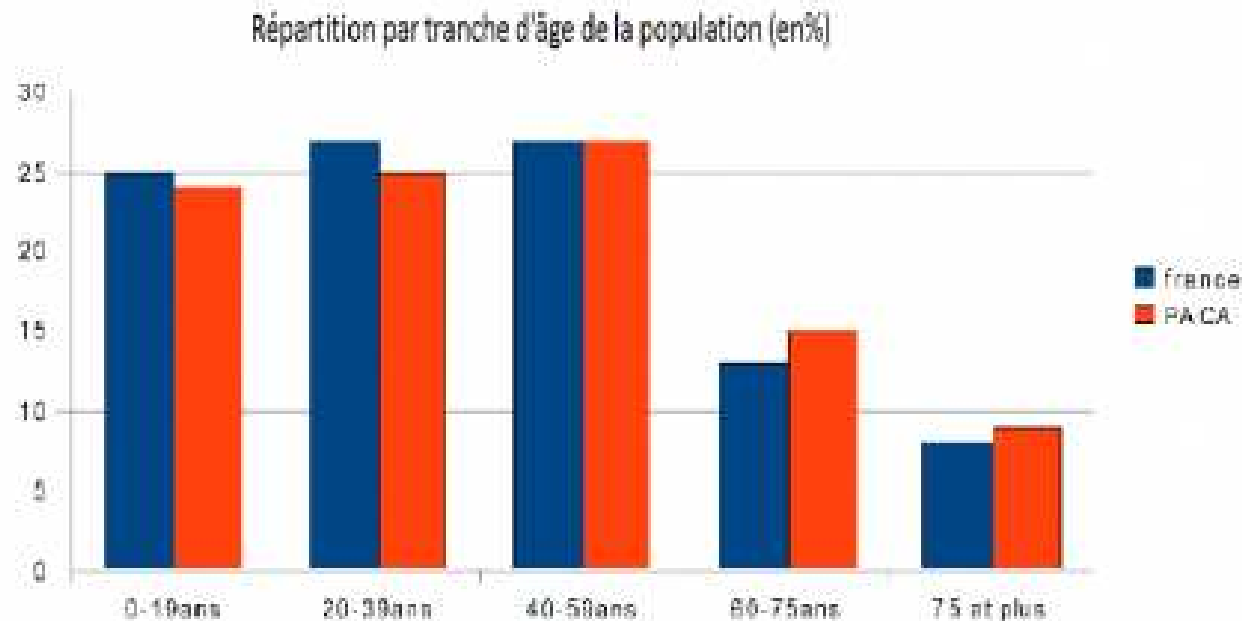
- Au delà de 75 ans et personnes à partir de 65 ans en cas de polypathologie

— Une progression constante de l'espérance de vie

- La population des 85 ans et plus a augmenté de plus de 45% entre 2005 et 2010.
- Des différences existent entre les départements
 - Les Alpes Maritimes et le Var sont les départements les plus âgés de la région
 - Les Bouches du Rhône et le Vaucluse sont des départements jeunes

— Une population vieillissante : la situation régionale

- Effectif en France entre 5,8 et 11 millions (Insee 2011)
- La population en Paca est plus âgée que la moyenne nationale
- En 2010, 505 498 personnes de 75 ans et plus
 - dont 62,3% de femmes, de plus de 75 ans
 - représentant 10,3% de la population PACA contre 8,8% en France



-
- **Spécificités de l'utilisation des médicaments chez la personne âgée**
 - **Sensibilité aux médicaments**
 - Risque accru d'effet indésirable médicamenteux en relation avec nombre de médicaments pris
 - Avec l'âge :
 - Modifications physiologiques qui jouent sur la pharmacologie des médicaments augmentant le risque de surdosage
 - Augmentation de la sensibilité aux accidents médicamenteux
 - **Difficultés dans le respect de la prescription** par incompréhension (troubles cognitifs..), observance (difficultés de déglutition...)
 - **Peu d'essais cliniques chez la personne âgée**
- Risque de prescription médicamenteuse inappropriée**

— Risque médicamenteux et personnes âgées

- Vulnérabilité particulière des personnes âgées
- Polymédication fréquente chez le sujet âgé
 - Polypathologie
 - polymédication (les $\frac{3}{4}$: domaine du cardio-vasculaire, psychotropes et antalgiques)
 - nombreux prescripteurs intervenants dans la PEC
 - Automédication : antalgiques, produits diététiques, vitamines, laxatifs..

→ ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie

→ Les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population, et 40% de la consommation de médicaments en ville

↳ la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires

Ces données sont confirmées par les 2 études ENEIS de 2005 et 2009

— latrogénie chez la personne âgée : de quoi parle-t-on ?

- latrogénie médicamenteuse = tout événement provoqué par un médicament en raison des effets propres de celui-ci (effet secondaire) ou à cause des circonstances de son utilisation (événement indésirable)
- Certains sont inévitables,
- d'autres sont évitables (=erreurs médicamenteuses) et résultent d'une utilisation des médicaments non conforme aux indications et recommandations

Causes diverses :
liées au produit, au patient, au professionnel et à l'organisation



— Iatrogénie médicamenteuse quelques chiffres ...

Enquêtes ENEIS 2004 & 2009 : Estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins observés en milieu hospitalier (causes d'hospitalisation ou identifiés pendant l'hospitalisation)

— 1,3 % des admissions sont dues à un EIG lié aux médicaments

Par comparaison : 0.7% EIG infections associées aux soins

— 0,7 EIG évitable pour 1 000 jours d'hospitalisation (survenue au cours de l'hospitalisation), lié aux médicaments

Par comparaison : 0.9‰ EIG infection associées aux soins

— EIG évitables dues souvent à des défauts d'organisation , les défaillances humaines des professionnels représentant plus d'un quart

— Etudes ENEIS

Caractéristiques des EIGM

- Un sur deux est évitable (51,2%)
- Les produits de santé sont responsables de
 - Plus de la moitié des EIG (54,5%) causes d'hospitalisation
 - Un sur 3 se produisent au décours de l'hospitalisation
- EIG favorisés par la fragilité du patient
- Plus des deux-tiers des événements indésirables graves liés aux médicaments concernent les personnes âgées de plus de 65 ans
- Les principales classes pharmacologiques concernées étant les anticoagulants (23%), les médicaments cardiovasculaires (12%), les anti-inflammatoires (5,6%) et les antiinfectieux (4,8%).

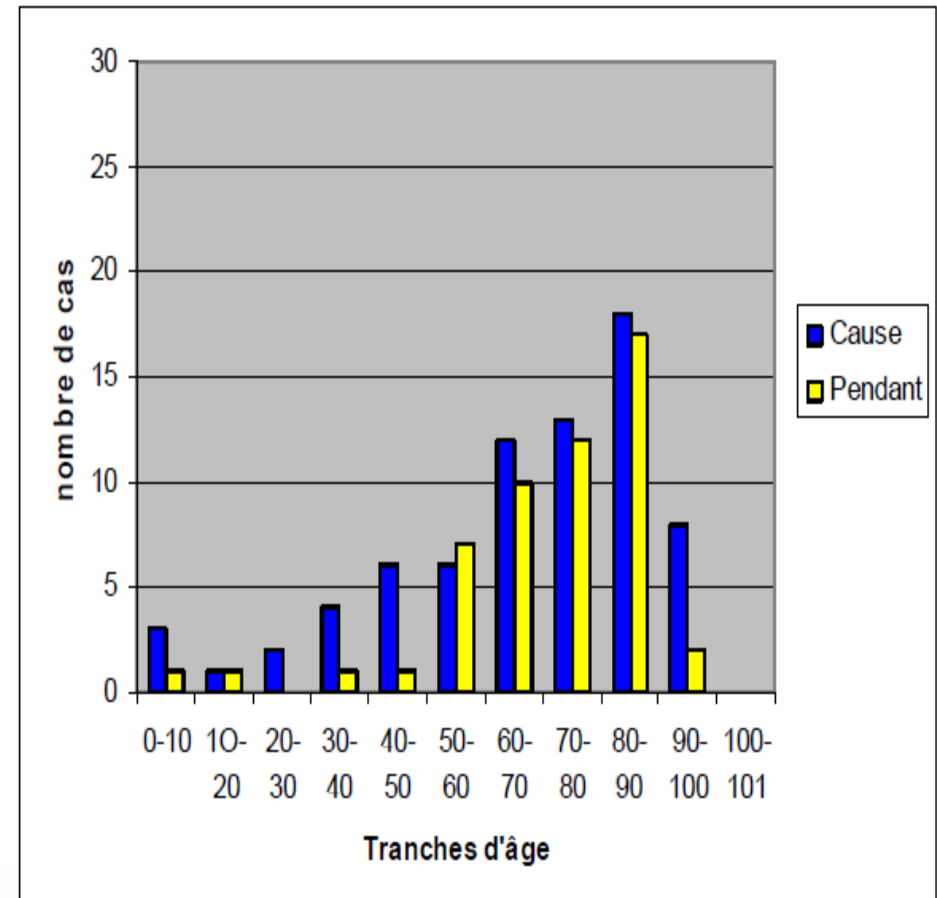
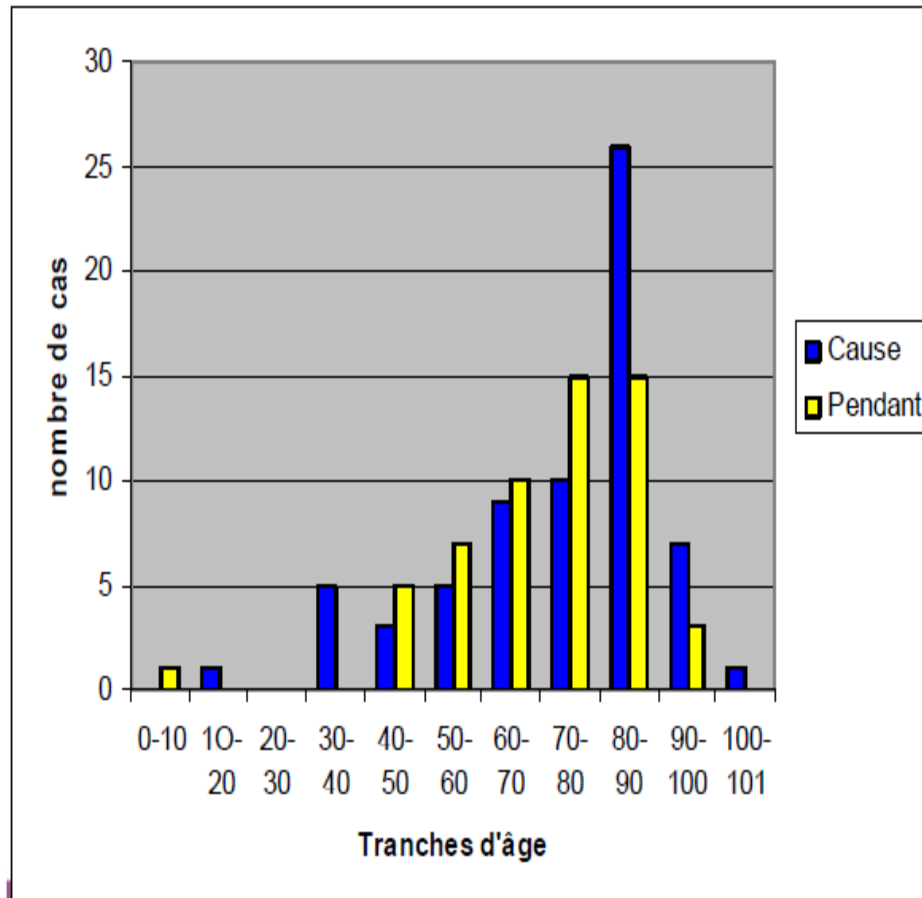
EIGM - Répartition en fonction des tranches d'âge - Données ENEIS

2009

2004

71 % ont plus de 65 ans

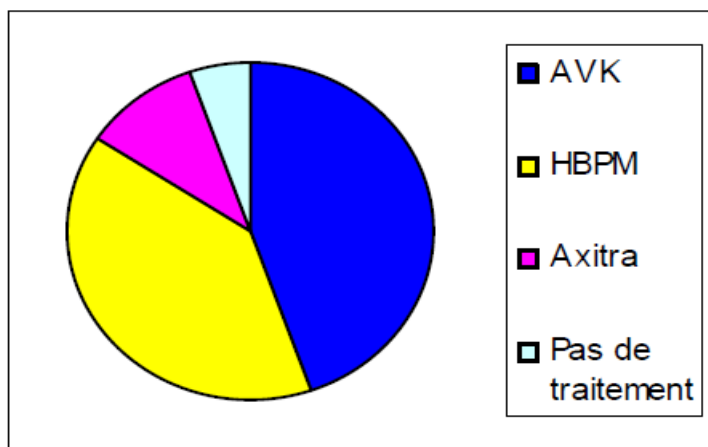
67 % ont plus de 65 ans



Des risques identifiés

EIGM - Utilisation des anticoagulants

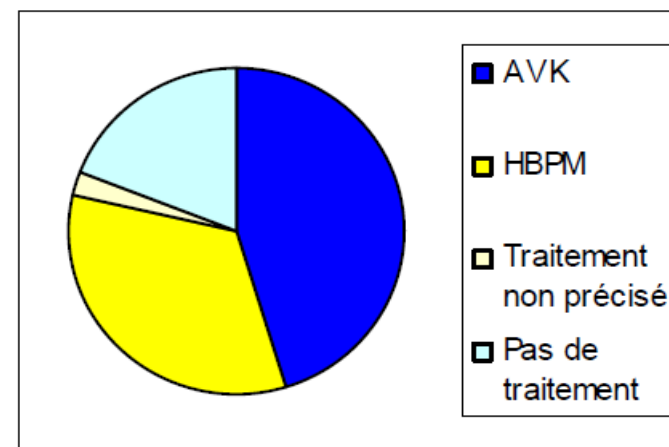
2009
31% des EIGM
50% évitables



*Les AVK représentent
22.4 % des causes d'Hosp
pour EIGM*

Répartition par type d'anticoagulants

2004
34% des EIGM
50% évitables



*Les AVK représentent
23.3 % des causes d'Hosp
pour EIGM*

Circonstances de survenue

Hospitalisations dues à une complication hémorragique :

13% en 1998 suivi CRPV

12,3% en 2007 enquête EMIR Effets indésirables des Médicaments :Incidence et Risque

— Le bon usage du médicament en EHPAD en région PACA

- Constitue un des axes de la politique de gestion du risque de l'ARS
- L'ARS s'engage à participer activement à des mesures destinées à **améliorer la pertinence des prises en charge**, par l'application de référentiels, en s'appuyant sur l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMéDIT) pour le bon usage du médicament
- **OMéDIT** = structure d'appui, d'évaluation et d'expertise auprès de l'ARS créée en 2005
 - Indépendance scientifique
 - Champ d'actions : les produits de santé
 - Périmètre d'actions : ES, médico-sociaux et ambulatoire
 - Animation de la politique coordonnée de bon usage et de bonnes pratiques en terme de qualité, sécurité et efficience des produits de santé et de sécurisation du circuit du médicament

— Recommandations générales

— Lors de la décision thérapeutique : **fixer les priorités**

- Hiérarchiser les pathologies au regard de la situation présente
- Considérer tous les facteurs de risque
 - liés au patient , notamment la fonction rénale
 - liés aux médicaments, et connaître l'ensemble des traitements
- Définir les objectifs thérapeutiques à court et moyen termes : hiérarchisation des traitements

— **Recommandations générales (2)**

- Lors de la rédaction de l'ordonnance : bien évaluer le rapport bénéfice-risque
- Optimiser la prescription pour éviter les prescriptions suboptimales bien identifiées
 - Excès de traitement : « overuse »
 - Prescription inappropriée : « misuse »
 - Insuffisance de traitement : « underuse »

— **Lors de la rédaction de l'ordonnance :
prudence et éviter l'excès de traitement :
« overuse »**

— **Bien évaluer la nécessité de prescription**

- Benzodiazépines
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Digoxine

— **Prescription de médicament qui n'ont pas prouvé leur
efficacité (SMR insuffisant)**

- Veinotoniques et vasodilatateurs

— **OUTILS :**

- Avis de la Commission de Transparence (SMR/ASMR)
- Recommandations de bonnes pratiques HAS/ANSM/Sociétés savantes

— **Lors de la rédaction de l'ordonnance
lutter contre la prescription inappropriée :
« misuse »**

— **Attention aux médicaments dont le bénéfice risque est
défavorable ou l'efficacité discutable**

- Benzodiazépines à demi-vie longue dans l'insomnie
- Neuroleptiques dans les troubles du comportement du sujet atteint de démence
- Médicaments à effet anticholinergique
- AINS en première intention dans l'arthrose

— **OUTILS :**

- Liste de Beers : molécules considérées comme inappropriées chez les sujets âgés
- Liste de Laroche : médicaments potentiellement inappropriés et adaptés à la pratique médicale française
- Listes irlandaises STOPP and START

-
- **Lors de la rédaction de l'ordonnance lutter contre l'insuffisance de traitement : « underuse »**

 - Absence d'instauration d'un traitement chez les sujets ayant une pathologie, pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité
 - Hypertension
 - AVK dans l'arythmie complète par FA non valvulaire
 - Antidépresseur dans la dépression
 - Calcium - vitamine D- bisphosphonates dans l'ostéoporose

 - **OUTILS** : Recommandations de bonnes pratiques HAS/ANSM/Sociétés savantes

— Prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : une transparence justifiée

— Une prescription hors AMM est autorisée si :

- Il n'existe **pas d'alternative médicamenteuse** bénéficiant d'une AMM.

Il existe toutefois une recommandation temporaire d'utilisation ou, dans la négative, le prescripteur peut justifier que :

- le traitement est reconnu comme efficace et non dangereux par la communauté et la littérature scientifiques,
- son indication est « indispensable » au regard de l'état du patient, de sa demande et des connaissances scientifiques du moment.

- **Le prescripteur informe le patient**
- **L'ordonnance fait l'objet d'une mention spécifique**
- La prescription **est inscrite et motivée dans le dossier médical** du patient

Loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

— La « checklist » pour bien prescrire

- Reconsidérer tous les traitements pris par le patient :
 - incluant les prescriptions locales (collyres, topiques...)
 - Auto-médication
- Limiter la prescription aux médicaments indispensables
- Choisir les molécules présentant le meilleur rapport bénéfice/risque
- Durée appropriée
- Posologie appropriée : tenir compte des facteurs physiopathologiques du patient (Fonction rénale)
- Forme galénique appropriée
- Schéma thérapeutique simple

— **Bien communiquer sur le traitement**

- Rédiger une ordonnance précise, claire et compréhensible pour le patient
- Relire l'ordonnance avec le patient et ou les aidants, expliquer et vérifier la compréhension
- Encourager l'observance
- Prévenir des effets indésirables potentiels

— Assurer un suivi thérapeutique

— Suivi de l'efficacité (clinique et /ou biologique)

- Atteinte et maintien des valeurs cibles définies
- Disparition des signes cliniques

— Réévaluation régulière de chaque médicament,

- Lors de tout évènement intercurrent (épisode aigu)
- Diagnostic d'une nouvelle pathologie
- Au bout de la période de traitement

— Appréciation de l'observance

- Forme galénique adaptée, ...

— Etre en alerte vis-à-vis des effets et des évènements indésirables

Accrus chez la personne âgée mais en grande partie évitables

— Classes les plus à risque :

- Médicaments du système cardiovasculaire, anticoagulants
- Neuroleptiques, médicaments utilisés dans la démence
- AINS
- Antidiabétiques
- Antibiotiques
- Statines

→ Avoir le réflexe iatrogène : devant tout nouveau symptôme penser à une cause médicamenteuse

Exemples : Chute, confusion, vomissements, anorexie, malaise

— Recommandations générales : synthèse

La réduction de ce risque ne peut être limitée à la diminution du nombre de médicaments prescrits et s'appuie sur l'optimisation de l'ensemble des prescriptions

→ Il s'agit d'évaluer si le risque associé à tout médicament est légitime, et, si oui, s'il est maîtrisé

— PRESCRIPTION

- Se limiter aux médicaments indispensables
- Rapport bénéfice/risque en fonction de l'objectif fixé pour et avec le patient
- Durée et posologie appropriée

— REEVALUATION

— INFORMATION du patient et des aidants

— SURVEILLANCE

- Observance
- Automédication

— REFLEXE « IATROGENE »

— Conclusion

Le bon usage des médicaments, et particulièrement chez la personne âgée est un objectif inscrit dans le plan régional de santé PACA

— **Mieux utiliser les médicaments est l'affaire de tous** pour renforcer la qualité des prises en charge et leur efficacité

— Des outils sont disponibles

- Listes de médicaments à risques
- Recommandations des agences et des sociétés savantes

👉 le bon usage du médicament repose sur la collaboration et la coordination de tous les professionnels

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Pour nous contacter

<http://omedit.e-santepaca.fr/>

