

Synthèse de la Table ronde n°5 de Giens XX

Evaluation et bon usage du médicament chez le sujet âgé de plus de 80 ans : aspects méthodologiques, iatrogénèse, consommation ...

Membres présents

Présents

Bernard	BONEU
Sylvie	BONIN-GUILLAUME
Sylvie	BONNOT MARLIER
Régis	BORDET
Catherine	DEGUINES
Jean	DOUCET
Luc	FELDMANN
Sylvia	GONI
Marine	JEANTET
Yves	JUILLET
Véronique	LAMARQUE
Hervé	LE LOUËT
Sylvie	LEGRAIN
Patricia	MAILLÈRE
Thierry	MARQUET
Louis	MERLE
Serge	PERSONNIC
François	PIETTE
Patrice	PREVOST
René-jean	ROYER
Olivier	REVEILLAUD
Jérôme	SOLETTI
Jean-Marie	VETEL

Le contexte :

La population des sujets âgés de plus de 80 ans est en pleine explosion démographique. Les données produites par les démographes confirment que cet accroissement est durable.

Cette population particulière, essentiellement féminine, a besoin de traitements efficaces et bien tolérés en raison du cumul des pathologies à cet âge (poly-pathologie).

Face à cette population émergente et aux besoins accrus, on peut observer une carence de formation du corps médical à la clinique gériatrique doublée d'une carence de formation spécifique en thérapeutique.

Les médecins généralistes présents sont alarmés dans un contexte de judiciarisation grandissante de leur pratique, par le nombre de d'accidents iatrogènes, en particulier sur les populations de sujets très âgés.

Les membres de la table ronde tiennent à rappeler que le médicament est avant tout une chance qui doit être offerte sans discrimination à la population des malades de plus de 80 ans.

Cependant les analyses des médicaments consommés dans cette classe d'âge montrent l'existence trop importante de prescriptions et d' utilisation inadéquates.

Trois grandes catégories du mésusage ont été identifiées :

- la sous utilisation de médicaments utiles
- la sur-prescription de certains médicaments en l'absence d'indication ou avec niveau de SMR insuffisant
- la prescription inappropriée (interactions connues de molécules entre elles, posologies inadaptées, durée de traitement prolongée non ré-évaluée, surveillance des effets des traitements non réalisés ou non



XXemes Rencontres de Pharmacologie Clinique

Table Ronde N°5



**Evaluation et bon usage du médicament chez le
sujet âgé de plus de 80 ans : aspects
méthodologiques, éthiques, iatrogénèse,
consommation ...**

Contexte



- **Besoins importants et légitimes (poly-pathologie)**
- **Une population en pleine et durable explosion démographique**
- **Carence de formation initiale & continue**
- **Judiciarisation grandissante**

Les Constats



- **Le médicament est avant tout une chance !**
- **L'usage chez les sujets âgés de 80 ans et plus c'est aussi :**
 - **Encore trop de prescriptions inadéquates**
 - Une sous utilisation de médicaments utiles pour cette classe d'âge
 - Une sur-prescription (absence d'indication ou SMR insuffisant)
 - Une prescription inappropriée (interactions, doses, durée surveillance, inversion du rapport bénéfice/risque)
 - **Des prescripteurs multiples**

Les constats



- **Le palmarès des médicaments les plus utilisés** (remboursement ville, données CNAM-TS et MSA)
 - Antalgie
 - Cardio-vasculaire
 - Digestif
 - Psychotropes
- **Le Palmarès de la iatrogénie**
 - Anticoagulants, AINS, diurétiques, IEC, Béta-Bloquants, antiarythmiques, sulfamides hypoglycémiants, psychotropes, médicaments à propriétés anticholinergiques
- **Judiciarisation : 2/5eme des plaintes sont liées à la iatrogénie médicamenteuse : en particulier AVK, AINS**

Objectifs de la Table Ronde



- Identifier des indicateurs et des outils pour favoriser le bon usage
- Communiquer sur le bon usage

Référentiel légal du bon usage du médicament



- AMM : RCP & notice patient : infos sujets âgés dispersées
- Risk Management Plan (avant/après AMM)
- Actualisation RCP / Actualisation de Classe
- Avis de la Transparence

Stratégies d'intervention



- **Interventions individuelles**
 - Repérage des Px inadaptées
 - Réflexion et action des Caisses et DGS
- **Interventions populationnelles**
 - Revue systématique des px des 80 ans et plus sur une base annuelle
 - Réflexion urgente sur les critères d'alerte, de demande d'avis spécialisé, ou de la nécessité d'éducation du patient (ex : insuffisance cardiaque)

Quand agir à un niveau individuel ?



- Ordonnance aberrante
- Événements intercurrents (ex : chute, fièvre ...)
- Changement de situation (ex : deuil, sortie d'hôpital ...)
- Toute nouvelle prescription

Idées clés pour favoriser le bon usage



- Indication documentée, en tenant compte des comorbidités & du niveau de dépendance
- Education et information du patient et/ou entourage, ainsi que de tous les médecins prenant en charge le malade
- Etablir la liste exhaustive des médicaments prescrits et/ou consommés

Idées clés pour favoriser le bon usage



- Se fixer des objectifs thérapeutiques à court et moyen terme pour chaque médicament (critères de réponse, surveillance, qualité de vie)
- Ré-évaluation annuelle systématique de tous les médicaments (bénéfice/risque)

Comment gérer les modifications de prescription ?



- Hiérarchisation des priorités (en tenant compte des traitements symptomatiques)
- En concertation avec les autres prescripteurs
- Avec un accompagnement du patient

Quand agir à un niveau collectif ?



- Ré-évaluation annuelle de la px dans le cadre des consultations ALD ou des consultations de prévention de la Loi de Santé Publique
- Définir en urgence le contenu de ces consultations spécifiques
- Programmes d'éducation spécifique de l'octogénaire et ciblés par pathologie

Communiquer sur le bon usage pour modifier les comportements



Constat :

- problèmes de cohérence
- sources multiples
- com. trop ponctuelles
- moyens limités

⇒ problème d'impact

Communiquer sur le bon usage pour modifier les comportements



Les cibles :

Professionnels de Santé

- Information générale sur des messages limités, bien définis et séquencés dans le temps
- Référentiel des bonnes pratiques de la VM : bon usage du médicament
- Communication de proximité : groupes de professionnels (MG + Pharmaciens + IDE) par le biais des réseaux et de la formation continue
- Action individuelle par les Caisses (expérimentation MSA en cours)
- Pédagogie des CR d'hospitalisation

Communiquer sur le bon usage pour modifier les comportements



Les cibles :

Patient/entourage

- Par l'intermédiaire des professionnels
- Action directe par la presse écrite (Notre Temps, Pleine Vie) et audiovisuelle

Les médias

- Sensibilisation de la presse

Communiquer sur le bon usage pour modifier les comportements



Les challenges :

- Un message simple
- Des moyens suffisants
- Une durée & une répétition du message suffisantes
- S'assurer de l'appropriation du message par les cibles (évaluation)

Les 3 propositions phares !



- Obtenir des consensus d'experts rapides pour orienter les politiques de santé qui se mettent en place en 2005
- Coordonner les actions & la communication entre les institutions, les caisses, l'industrie pour modifier les comportements sur les professionnels de santé, les patients et leur entourage
- Intégrer la ré-évaluation des médicaments dans la consultation annuelle de prévention chez l'octogénaire

conformes aux recommandations, globalement non ré-évaluation du rapport bénéfice/risque des stratégies thérapeutiques).

Les médecins généralistes présents ont souligné la difficulté de ré-évaluation des prescriptions face à des patients ayant eu reçu des prescriptions initiales d'autres prescripteurs en particulier parce que les patients sont souvent attachés à des médicaments de confort sensés améliorer leur qualité de vie.

Face à ce constat les médecins généralistes soutiennent l'initiative prévue dans la Loi de Santé Publique, qui instaure des consultations annuelles, dédiées à une véritable éducation des malades consommateurs dans le but en particulier de réévaluer les traitements prescrits.

Selon la MSA et la CNAM, fondé sur le remboursement des spécialités en ville, il apparaît que les classes les plus prescrites sont dans l'ordre , les antalgiques, les médicaments à visée cardiovasculaire, les médicaments à visée digestive et les psychotropes.

Les médicaments les plus iatrogènes (les plus fréquemment à l'origine d'hospitalisations liées à des accidents provoqués) sont dans l'ordre : les anticoagulants (surtout AVK), les AINS, les diurétiques, les IEC, les Bêta-Bloquants et les anti-arythmiques, les sulfamides hypoglycémiant, les psychotropes et les médicaments à propriétés anti-cholinergiques.

La table ronde s'est assignée deux objectifs complémentaires aux travaux d'une précédente Table Ronde de Giens 2000 (portant sur des recommandations concernant l'évaluation du médicament avant l'AMM pour cette classe d'âge) :

- **Identifier des indicateurs et des outils pour favoriser le bon usage**
- **Communiquer sur le bon usage**

A - Identifier des indicateurs et des outils pour favoriser le bon usage

Le référentiel légal du bon usage du médicament est constitué par :

- 1- l'AMM : RCP et notice patient. Pour rendre accessible immédiatement à un prescripteur (RCP) ou à un patient et/ou son aidant (notice), il faudrait que les informations ayant trait au sujet âgé soient regroupées et non pas comme aujourd'hui dispersées dans différents paragraphes (mais problème de format européen)
- 2- Le Risk Management Plan prochainement développé suite à la finalisation des GL ICH devrait favoriser une optimisation de l'évaluation de la sécurité du médicament avant et après l'AMM en prenant en compte la spécificité de cette classe d'âge
- 3- L'actualisation des RCP des spécialités ou celle des profils de tolérance des classes de médicament détaillant les données obtenues pour le sujet âgé devrait être accrue
- 4- Le bon usage du médicament pour cette classe d'âge passe aussi par la prise en compte de la commission de Transparence et des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES

Quelles stratégies d'intervention sont possibles face au mésusage du médicament chez le sujet âgé de 80 ans et plus ?

Les interventions individuelles :

L'informatisation des caisses d'assurance maladie permet de repérer et tracer les prescriptions inadaptées. Une réflexion est engagée entre les Caisses d'Assurance Maladie (CNAM, MSA) et la DGS pour identifier les prescriptions aberrantes et inciter à la ré-évaluation.

Les interventions au niveau de la population :

Une ré-évaluation systématique annuelle des ordonnances de prescription des patients âgés de 80 ans et plus (sur une base annuelle) doit être retenue dans les priorités de la mise en oeuvre du point 100 de la nouvelle loi de Santé Publique.

Une réflexion jugée urgente, doit être conduite sur les critères d'alerte, les conditions du recours à avis spécialisé (gériatrique ou autre) et l' utilité d'éducation des malades pour certaines pathologies (exinsuffisance cardiaque) ou prescriptions (ex : AVK)

Quand se poser systématiquement la question du bon usage pour un patient très âgé ?

- Devant une ordonnance aberrante en nombre de produits ou en cas de risque manifeste d' interactions (attention aux ordonnances informatisées et aux guides de prescriptions automatisés)
- Face à un événement intercurrent (ex : chute ou épisode infectieux, ou modification inattendue de la symptomatologie clinique)
- Face à un changement de situation déstabilisant (deuil, sortie d'hôpital, déménagement ou entrée en institution, changement climatique sévère et brutal)
- Devant toute nouvelle prescription

Quelques idées-clés pour favoriser le bon usage du médicament chez les octogénaires et plus ?

- 1) Etablir la liste exhaustive des médicaments prescrits et/ou consommés
- 2) Documenter l'indication thérapeutique en tenant compte des comorbidités et du niveau de dépendance
- 3) Fixer des objectifs thérapeutiques à court et à moyen terme pour chaque médicament : critères de réponse, critères de surveillance et qualité de vie
- 4) Procéder à une ré-évaluation annuelle systématique de chaque médicament et de leur bénéfice/risque individuellement et en association.
- 5) Mettre en place une éducation et information du patient et/ou de son entourage, ainsi que de tous les médecins et soignant prenant en charge le patient

Comment gérer les modifications individuelles de prescription ?

En hiérarchisant les priorités thérapeutiques, tout en tenant compte des traitements symptomatiques utiles à la qualité de vie des patients. En concertation avec les autres prescripteurs en particulier les spécialistes d'organe (ex : cardiologue), en obtenant l'adhésion du patient et de son entourage.

Quand et comment agir à un niveau populationnel, et favoriser une prévention collective de la iatrogénie ?

Développer la ré-évaluation annuelle de la prescription qui est prévue dans le cadre des consultations ALD, et des consultations de prévention mise en place par l'application de la Loi de Santé publique précédemment mentionnée.

Pour se faire il conviendra de définir à court terme le contenu de ces consultations dédiées.

Il faut par ailleurs promouvoir des programmes d'éducation pour cette population et des programmes ciblés par pathologie.

B – Communiquer sur le bon usage

Quelle communication sur le bon usage pour modifier les comportements ?

Un constat : manque de cohérence des informations disponibles. Les sources sont multiples, les communications trop ponctuelles, et les moyens mis en oeuvre limités.

Quelles cibles et quels moyens pour une communication efficace ?

Visant les professionnels de Santé :

Il faut favoriser une information générale, coordonnée sur des messages limités, bien définis et bien séquencés dans le temps. Une évaluation de l'appropriation des messages par les cibles doit être systématiquement effectuée.

Un référentiel des Bonnes Pratiques de la visite médicale comprenant le bon usage du médicament est actuellement en cours de mise en application.

Une première campagne de communication nationale sur le thème « Prévention de la iatrogénèse médicamenteuse évitable chez le sujet âgé » a été élaborée en partenariat avec Santé en Action, l'APNET, les Conseils Ordinaux, les organismes professionnels et le LEEM.

Il faut favoriser une communication de proximité dont l'impact est souvent fort :

- Réunions de groupes de professionnels dans le cadre de la formation continue et information de réseaux de médecins, pharmaciens, infirmières
- Des actions pilotes menées par la MSA sont en cours d'évaluation
- L'aspect didactique des comptes rendus d'hospitalisation pourrait s'insérer dans ces actions pédagogiques.

Visant les patients et leur entourage :

Par l'intermédiaire des professionnels

Par action directe de la presse écrite la plus lue par cette cible (« Notre Temps » « Pleine Vie ») et audiovisuelle.

Visant une dernière cible : les médias :

Une sensibilisation des journalistes de la presse grand public est nécessaire

D'une manière générale, chaque fois que sont élaborés des documents susceptibles d'être diffusés en particulier aux professionnels de santé, une réflexion spécifique devra avoir lieu sur la présentation de cette information et le moyen d'obtenir autant que possible une appropriation de cette information par les professionnels et les malades.

En conclusion : trois propositions phares ressortent de nos travaux :

- 1) Obtenir des consensus d'experts rapidement sur le thème de la prescription des sujets âgés de 80 ans et plus, qui pourront également orienter les politiques de Santé qui se mettent en place en 2005
- 2) Coordonner les actions et la communication entre les Institutions, les Caisses, les professionnels de Santé et l'Industrie pour modifier les comportements des divers professionnels de santé, des patients et de leur entourage et s'assurer que la forme des messages et les actions de communication sont susceptibles d'être perçus positivement par les professionnels et les malades
- 3) Intégrer la ré-évaluation systématique des médicaments dans des consultations de prévention dédiées à l'octogénaire. Le contenu et la démarche de ces consultations devra se fonder sur un référentiel bien défini.