

CONCOURS OUVERTS LES 16, 17, 18 ET 19 JUIN 2026

**POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS
SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

3^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Jeudi 18 juin 2026

SANTE PUBLIQUE

CONCOURS INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

3^{ème} épreuve

SANTÉ PUBLIQUE – NOTE OPERATIONNELLE

CONCOURS INTERNE ET 3^{ème} CONCOURS**SUJET (16 pages) :**

L'Agence Régionale de Santé du Groupement territorial social et médico-social « grand-âge », dont vous assurer la direction, vous demande de réaliser une note opérationnelle sur l'état actuel et les effets de la polymédication des résidents en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées dépendantes).

SOMMAIRE :**Document n° 1 (page 2) :**

« La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. » Marlène Monégat (Irdes), Catherine Sermet (Irdes) en collaboration avec Marc Perronnin (Irdes) et Emeline Rococo (Institut Gustave Roussy – IGR). IRDES « Question d'économie de la santé » - décembre 2014

Document n° 2 (page 7) :

« Prise en charge médicamenteuse en EHAPD. » ANESM

Document n° 3 (page 12) :

« Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé. » OMEDIT Normandie

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>

La polymédication : définitions, mesures et enjeux Revue de la littérature et tests de mesure

Marlène Monégat (Irdes), Catherine Sermet (Irdes)
en collaboration avec Marc Perronnin (Irdes)
et Emeline Rococo (Institut Gustave Roussy – IGR)

La polymédication, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments », est fréquente chez les personnes âgées. Celles-ci sont en effet souvent polypathologiques et atteintes de maladies chroniques. Mais si la polymédication peut être légitime, elle peut également être inappropriée et, dans tous les cas, comporter des risques d'effets indésirables ou des interactions médicamenteuses. Dans une société vieillissante comme la nôtre, la polymédication est un enjeu majeur de santé publique tant en termes de qualité que d'efficacité des soins et de dépenses de santé. S'intéresser aux définitions et mesures de la polymédication s'avère ainsi nécessaire.

A partir d'une revue de littérature, différentes définitions de la polymédication ont été inventoriées (polymédication simultanée, cumulative et continue) et sa mesure a été explorée selon divers seuils. Cinq outils de mesure de la polymédication, parmi les plus souvent utilisés selon la littérature, sont ensuite testés sur la base de données Disease Analyzer d'IMS-Health sur 69 324 patients et 687 médecins. L'objectif est de comparer la capacité des indicateurs à repérer la polymédication et d'évaluer la faisabilité technique de leur calcul.

La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (WHO, 2004). Habituelle et souvent légitime chez le sujet âgé, elle est dite appropriée quand elle est justifiée par la polypathologie ou une situation médicale complexe et lorsque les traitements prescrits respectent les recommandations. A l'inverse, elle est problématique lorsqu'un

ou des médicaments sont prescrits de manière inappropriée ou que leur bénéfice attendu n'est pas obtenu (Duerden *et al.*, 2013). En tout état de cause, le vieillissement de la population et les risques iatrogéniques¹ font de la polymédication un enjeu majeur de qualité des soins et d'efficacité de la prescription.

¹ La iatrogénie recouvre les conséquences indésirables sur l'état de santé de tout acte pratiqué ou prescrit par un professionnel et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé (Garros, 1998).

La polymédication : un enjeu économique et de santé publique

L'excès de médicaments fait peser des risques importants sur la santé, en particulier des personnes âgées. Il existe en effet une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire une augmentation de la mortalité (Field *et al.*,

2001 ; Field *et al.*, 2004 ; Frazier, 2005 ; Neutel *et al.*, 2002 ; Jyrkka *et al.*, 2009b). Chaque nouvelle spécialité administrée augmente de 12 à 18 % le risque d'effet indésirable (Calderon-Larranaga *et al.*, 2012). Ces accidents iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences (Pirmohamed *et al.*, 2004 ; Hohl *et al.*, 2001 ; Lazarou *et al.*, 1998). La polymédication est un facteur prédictif de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la réadmission hospitalières (Campbell *et al.*, 2004 ; Frazier 2005 ; Sehgal *et al.*, 2013). Elle pose des problèmes d'observance quand le schéma d'administration est trop complexe (Bedell *et al.*, 2000). Enfin, la polymédication augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées, dont les indications sont discutables, avec un risque d'effets secondaires ou de non efficacité (O'Mahony and Gallagher, 2008 ; Hanlon *et al.*, 2001 ; Cahir *et al.*, 2010 ; Pugh *et al.*, 2006 ; Carey *et al.*, 2008 ; Bourgeois *et al.*, 2010b).

La polymédication est de plus en plus fréquente. Aux États-Unis, le nombre de consultations médicales avec 5 prescriptions ou plus chez les personnes âgées est passé de 6,7 % à 18,7 % entre 1990 et 2000 (Aparasu *et al.*, 2005). Des tendances similaires ont été observées en Suède, + 15 % de polymédication (10 médicaments ou plus) entre 2005 et 2008, et en Nouvelle-Zélande où elle passe de 1,3 à 2,1 % de 2005 à 2013 (Nishtala et Salahudeen, 2014 ; Hovstadius *et al.*, 2010).

Les personnes âgées sont principalement concernées par la polymédication et ses conséquences. En effet, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques inhérente à l'âge s'accompagne d'une augmentation des traitements médicamenteux (Clerc *et al.*, 2010). Elles sont de plus très exposées aux risques iatrogéniques car elles subissent avec l'âge des modifications physiologiques du métabolisme et peuvent avoir des difficultés à suivre un traitement complexe en raison de capacités cognitives diminuées (Corsonello *et al.*, 2010).

Ces enjeux de qualité de la prescription se couplent à des enjeux économiques. Outre le surcoût occasionné par la consommation de médicaments inutiles, dangereux

ou inappropriés, les hospitalisations générées par les accidents iatrogéniques et l'escalade thérapeutique générée par les effets indésirables contribuent à augmenter les dépenses liées à la polymédication et diminuent l'efficacité des soins (Hovstadius et Petersson, 2013).

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prescription chez les personnes âgées est une préoccupation permanente en France depuis de nombreuses années. Dans le cadre du plan « Bien Vieillir 2007-2009 »², la Haute Autorité de santé (HAS) a développé le programme pilote « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » visant à diffuser des outils pour améliorer les pratiques de prescription, notamment la polymédication, et mieux maîtriser les risques de iatrogénie (HAS, 2013³). En décembre 2013, le rapport sur la politique du médicament en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [Verger, 2013] soulignait la fréquence de la polymédication et proposait des mesures pour améliorer l'usage du médicament. Le programme expérimental « Parcours santé des aînés (Paerpa) » propose aussi des actions d'éducation thérapeutique⁴ autour de la polymédication et de la polypathologie. Pour suivre les effets de ces programmes, des indicateurs fiables et aisément reproductibles en routine sont nécessaires.

Quel(s) indicateur(s) pour mesurer la polymédication ? Une revue de la littérature

Le premier temps de cette recherche questionne la définition de la polymédication et sa mesure. À partir d'une revue de la littérature est réalisé un inventaire des différentes approches de la polymédication : simultanée, cumulative, continue...

² Plan national Bien vieillir 2007-2009 : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

³ Plénière HAS : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - Prévention de la iatrogénie - Plateforme professionnelle - Indicateurs d'alerte et de maîtrise - Saint-Denis, 29 novembre 2012 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637256/fr/pleniere-has-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-prevention-de-la-iatrogenie-plateforme-professionnelle-indicateurs-d-alerte-et-de-maitrise-saint-denis-29-novembre-2012

⁴ Cadre référentiel ETP/Paerpa : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa__polypathologie.pdf

REPÈRES

Cet article s'inscrit dans le cadre des travaux engagés par l'Irdes sur la qualité et l'efficacité des prescriptions pharmaceutiques. Ce focus sur la polymédication répond à un double objectif : définir et tester un indicateur de polymédication pertinent utilisable pour la suite des travaux de recherche sur cette thématique et apporter une contribution à la réflexion sur les indicateurs utilisés pour l'évaluation du programme Parcours santé des aînés (Paerpa).

La question du seuil à partir duquel est admise l'existence d'une polymédication est explorée. Enfin, pour chacun des indicateurs sont spécifiés ses objectifs, son champ d'application, ses modalités de construction et les bases de données utilisables.

Dans un deuxième temps, cinq outils de mesure de la polymédication sont testés sur la base de données de prescriptions Disease Analyzer d'IMS-Health (Becher *et al.*, 2009) afin de comparer la capacité des indicateurs à repérer la polymédication et d'évaluer la faisabilité technique de leur calcul.

Stratégie de recherche bibliographique

La revue de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Medline et Gediweb (2000-2013) complétée par une recherche à partir des références contenues dans les articles sélectionnés. Les mots clés utilisés pour désigner la polymédication étaient les suivants : "polypharmacy", "polymedication", "polyprescription", "multimedication", "multiprescription". 655 articles ou documents ont ainsi été identifiés.

Après lecture des titres et résumés par deux lecteurs indépendants, 53 articles répondant aux critères d'inclusion suivants ont été retenus : articles ou revues de littérature sur la définition et la mesure de la polymédication, études de prévalence de la polymédication (à l'exclusion de la polymédication centrée sur une seule classe thérapeutique ou une pathologie), articles en anglais ou en français. La lecture des références de ces articles a conduit à ajouter 11 articles. Après lecture, 34 articles ont été retenus dans cette revue de littérature.

La polymédication peut être simultanée, cumulative ou encore continue

La définition de l'OMS ouvre la voie à plusieurs acceptions de la polymédication (WHO, 2004). La première partie fait référence au caractère simultané de la prise des médicaments et le qualificatif « nombreux » ne préjuge pas du caractère excessif de ce nombre. Le terme « simultané » donne une première indication sur les conditions temporelles de mesure de la polymédication : des médicaments administrés en même temps. La deuxième partie de la définition indique en revanche l'existence d'un excès de médicaments et introduit implicitement la notion de mésusage. La polymédication consiste ici en l'administration de plus de médicaments que nécessaire cliniquement (Hanlon *et al.*, 2001). Par extension, la polymédication sera dite « appropriée » quand les médicaments, nombreux, sont prescrits à juste titre et « inappropriée » quand des médicaments sont donnés à tort (Aronson, 2004 ; Duerden *et al.*, 2013).

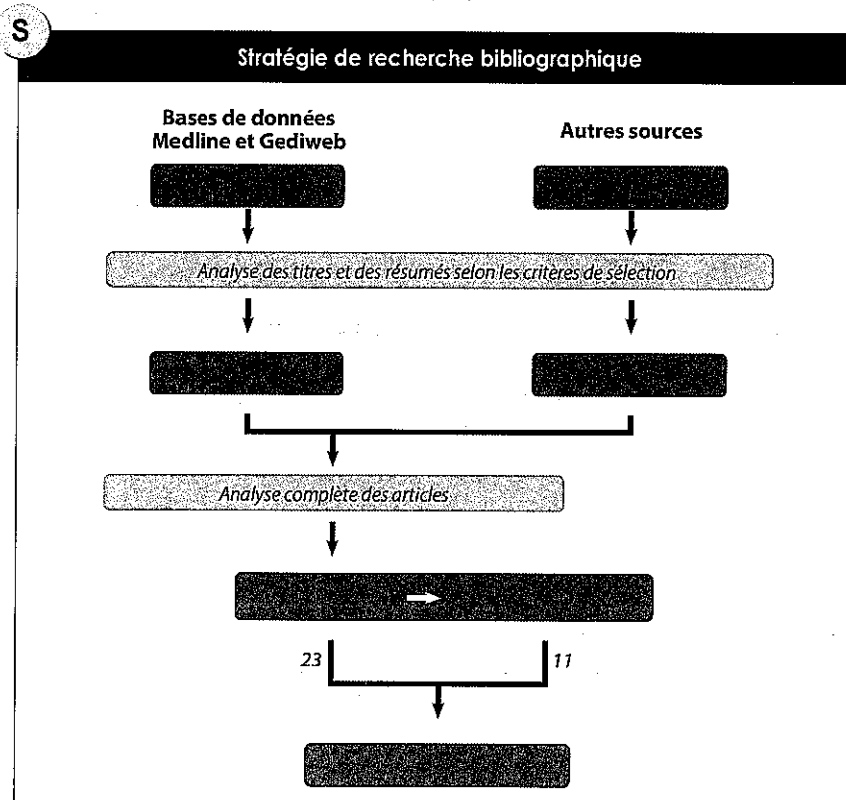
Les fenêtres temporelles utilisées pour mesurer la polymédication permettent d'en distinguer plusieurs types. La polymédication simultanée correspond au

nombre de médicaments pris simultanément par le patient un jour donné (Fincke *et al.*, 2005 ; Kennerfalk *et al.*, 2002). Cet indicateur permet d'étudier la complexité des schémas posologiques, le risque d'interactions médicamenteuses, la survenue d'épisodes de polymédication, leur fréquence et leur durée, et d'identifier des facteurs transitoires d'augmentation du nombre de médicaments comme les hospitalisations ou les maladies aiguës (Bjerrum *et al.*, 1997 ; Fincke *et al.*, 2005 ; Slabaugh *et al.*, 2010). Il peut s'estimer en comptant le nombre de médicaments d'un jour aléatoire ou comme la moyenne de ce nombre sur plusieurs jours consécutifs ou tirés à intervalles réguliers. Il s'exprime parfois en termes de prévalence annuelle définie comme le nombre de personnes ayant eu au moins un épisode de polymédication ou en termes d'incidence mensuelle (Slabaugh *et al.*, 2010 ; Bjerrum *et al.*, 1997). Lorsque la valeur finale de l'indicateur résulte du calcul d'une moyenne, cette méthode prendra en compte avec plus d'acuité les traitements des maladies chroniques et modèrera le nombre de médicaments utilisés pour les maladies aiguës ainsi que ceux dont la prise est discontinuée ou périodique (Kennerfalk *et al.*, 2002). Une variante de cette défi-

nition impose que l'utilisation simultanée soit prolongée dans le temps, par exemple pendant au moins 60 jours par trimestre (Veehof *et al.*, 1999, 2000).

La polymédication cumulative, aussi qualifiée de médication multiple (Hovstadius *et al.*, 2010a), est définie par la somme des médicaments différents administrés au cours d'une période donnée (Fincke *et al.*, 2005). De nombreuses études utilisent une période de trois mois, temps nécessaire pour prendre en compte 95 % des prescriptions compte tenu du renouvellement standard de l'ordonnance (trois mois) [Bjerrum *et al.*, 1997 ; Haider *et al.*, 2009 ; Hovstadius *et al.*, 2009, 2010a]. D'autres périodes (six mois, douze mois) ont aussi été utilisées. Plus la période d'observation est longue et plus la prévalence de la polymédication est élevée (Hovstadius *et al.*, 2009 ; Bjerrum *et al.*, 1998). Cet indicateur s'estime en cumulant tous les médicaments administrés au cours de la période quelles que soient date et durée du traitement. Il est intéressant car chaque nouveau médicament comporte un risque propre d'effet indésirable. Il donne un poids équivalent aux médicaments prescrits à court terme qui s'ajoutent au total quelle que soit leur durée d'utilisation. Il permet également d'étudier les coûts de la prescription car il n'écarte aucun médicament.

La polymédication continue constitue un troisième type d'indicateur s'apparentant à la polymédication cumulative mais qui s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière, en ne conservant que les médicaments présents sur deux périodes de temps espacées par exemple de six mois (Fincke *et al.*, 2005) ou en ne comptabilisant pour un trimestre donné que les médicaments présents au trimestre précédent (HQ&SC, 2011) et au trimestre suivant (Grimmsmann et Himmel 2009). Il répond ainsi à la question suivante : « Combien de médicaments sont-ils administrés de manière continue ? ». Il complète par différence l'indicateur de polymédication cumulative en montrant comment des traitements courts viennent s'ajouter au traitement continu de base (Fincke *et al.*, 2005). Une variante de cet indicateur relève les médicaments dont la prescription a été répétée au cours de l'année, le plus souvent avec une fréquence de 3 par an (Carey *et al.*, 2008 ; Cahir *et al.*, 2010).



Certains auteurs considèrent que, du point de vue théorique, seul devrait être considéré le concept de polymédication simultanée, car c'est la prise simultanée de nombreux médicaments qui fait courir un risque aux patients. Ils reconnaissent cependant que la mesure de la polymédication cumulative est plus simple à mettre en œuvre et qu'elle peut être valablement utilisée (Bjerrum *et al.*, 1997 ; Hovstadius *et al.*, 2010a).

Enfin, la littérature foisonne de définitions plus complexes. Certaines remplacent le compte du nombre de médicaments par des notions telles que l'existence d'interactions médicamenteuses, de prescriptions inadéquates par rapport au diagnostic, de prescriptions de médicaments contre-indiqués, de dosages ou de durées de traitements trop élevés (Bushardt *et al.*, 2008). La notion de polymédication est souvent confondue avec celle de prescription inappropriée (Maggiore *et al.*, 2010). Outre que ces définitions s'éloignent du sens premier, « beaucoup de » ou « plusieurs » médicaments, et passent sous silence les risques spécifiquement liés à la prise multiple (mauvaise observance, problèmes pharmacodynamiques), leur utilisation nécessite des données, en particulier cliniques, souvent non accessibles à grande échelle.

Quels médicaments inclure dans la mesure ? Quelles données ?

Le plus souvent le médicament est identifié par le cinquième niveau de la classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) de l'OMS qui correspond au niveau du principe actif (Bjerrum *et al.*, 1998 ; Hovstadius *et al.*, 2009). Certains médicaments sont parfois exclus de la mesure : les topiques et les médicaments agissant au niveau local, les vitamines, minéraux, la phytothérapie, les vaccins, l'homéopathie ou les médicaments de la rubrique « Divers » de la classification ATC (produits de contraste, tests diagnostiques, etc.) [Jyrkka *et al.*, 2009b ; Haider *et al.*, 2009 ; Steinman *et al.*, 2006].

Les modes de collecte sont variés : à partir des dossiers médicaux, des registres pharmaceutiques, des données de remboursement, ou l'interview de patients. Le mode de collecte détermine fortement les

informations disponibles : prescription ou vente libre, posologie et durée, délivrance, remboursement. Le plus souvent, seuls les médicaments sur prescription ou remboursés sont pris en compte, ce qui sous-estime la consommation pharmaceutique et mésestime les risques d'interactions (Gnjidic *et al.*, 2012 ; Maggiore *et al.*, 2010).

Le mode de collecte détermine aussi la faisabilité du calcul. Ainsi, la mesure de la polymédication simultanée nécessite de connaître la durée d'administration du médicament. Pour pallier l'absence de cette information, certains auteurs préconisent d'utiliser la *Defined Daily Dose*⁵ (DDD), en rappelant une de ses limites majeures, l'écart entre la DDD et les pratiques nationales de prescriptions (Bjerrum *et al.*, 1997).

Pas de consensus sur un seuil pour définir la polymédication

De nombreux seuils, nombre de médicaments au-delà duquel on parle de polymédication, ont été identifiés dans la littérature (Fulton et Allen, 2005 ; Hajjar *et al.*, 2007 ; Bushardt *et al.*, 2008). Certains sont d'utilisation plus fréquente, essentiellement 5 médicaments ou plus (Jorgensen *et al.*, 2001 ; Bjerrum *et al.*, 1999, 1998 ; Grimmsmann et Himmel, 2009 ; Haider *et al.*, 2009 ; Hovstadius *et al.*, 2010 ; Linjakumpu *et al.*, 2002 ; Viktil *et al.*, 2007 ; Hovstadius *et al.*, 2009, Kennerfalk *et al.*, 2002) et 10 médicaments ou plus (Jorgensen *et al.*, 2001 ; Haider *et al.*, 2009 ; Jyrkka *et al.*, 2009b, 2009a, Hovstadius *et al.*, 2010a). Ce seuil de 5 tire sa justification de la croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments. Certains auteurs proposent même une segmentation plus détaillée du seuil en « 5 à 7 » et « 8 et plus » pour prendre en compte ce risque croissant (Preskorn *et al.*, 2005). D'autres seuils sont utilisés. Steinman *et al.* (2006) par exemple proposent un seuil à 8 et le justifient par le fait qu'en dessous, le risque de sous-utilisation est plus important que le risque de polymédication ou de prescription inappropriée. D'autres retiennent un seuil de 6 médicaments et plus, sans

justification particulière (Bushardt *et al.*, 2008). Une étude propose d'utiliser des courbes ROC (Receiver operating characteristics) de sensibilité et de spécificité afin d'évaluer le seuil au-delà duquel la polymédication fait peser un risque sérieux sur la santé (Gnjidic *et al.*, 2012).

Certains auteurs caractérisent la polymédication selon le nombre de médicaments administrés. Ils qualifient ainsi de « polymédication mineure » l'administration de 2 à 4 médicaments et de « polymédication majeure » l'utilisation de 5 médicaments et plus (Bjerrum *et al.*, 1997 ; Bjerrum *et al.*, 1998, 1999 ; Veehof *et al.*, 1999). Plus récemment, le terme d'« hyperpolypharmacie » (Gnjidic *et al.*, 2013) ou de « polymédication excessive » (Haider *et al.*, 2009 ; Jyrkka *et al.*, 2006 ; Hovstadius *et al.*, 2010a) sont apparus pour désigner une consommation de 10 médicaments ou plus. La mise à disposition de traitements pharmaceutiques efficaces toujours plus nombreux conduit à augmenter ces seuils. Dans une publication de 2014, une consommation de plus de 10 médicaments est désormais désignée comme majeure tandis qu'une consommation de plus de 20 médicaments est qualifiée d'excessive (Kim *et al.*, 2014). Parallèlement, la consommation de 5 médicaments ou moins est désormais qualifiée de « non polypharmacie » (Jyrkka *et al.*, 2011) ou d'« oligopharmacie » (O'Mahony et O'Connor, 2011).

Prévalence et signification de la polymédication varient selon l'indicateur utilisé

Les indicateurs testés

De cette revue de la littérature, nous avons retenu 4 indicateurs de polymédication. Trois indicateurs représentent la polymédication simultanée et un, la polymédication cumulative. Nous leur avons ajouté un indicateur de polymédication continue, également trouvé dans la littérature et retenu dans le cadre du programme Paerpa (Tableau).

⁵ La *Defined Daily Dose* (DDD) constitue une unité de comparaison proposée et recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui représente la dose théorique pour traiter un adulte de 70 kg dans l'indication principale du produit.

T

Indicateurs de mesure de la polymédication testés

	Nom de l'indicateur	Calcul	Sources
Polymédication... simultanée	Un jour au hasard	Cumul des prescriptions en cours, un jour tiré au hasard dans l'année d'étude	Kennerfalk, Ruigomez <i>et al.</i> , 2002
	Un jour moyen, année	Cumul des prescriptions en cours par jour, moyenne sur l'année	Bjerrum, Rosholm <i>et al.</i> , 1997
	Un jour moyen, 20 jours	Cumul des prescriptions en cours par jour, moyenne sur 20 jours espacés de 2 semaines chacun	Fincke, Snyder <i>et al.</i> , 2005
Polymédication... cumulative	Par trimestre	Cumul des médicaments prescrits au cours du trimestre, moyenne sur quatre trimestres	AOK (Kaufmann-Kolle <i>et al.</i> , 2009) ; Bjerrum, Rosholm <i>et al.</i> , 1997
continue	Prescrits au moins 3 fois dans l'année	Cumul des médicaments prescrits au moins trois fois dans l'année	Indicateur du programme Paerpa* ; Carey, De Wilde <i>et al.</i> , 2008 ; Cahir, Fahey <i>et al.</i> , 2010

* Définition de la polymédication utilisée dans le programme Paerpa :

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa__polypathologie.pdf

La base de prescription Disease Analyzer d'IMS Health

Ces indicateurs sont testés dans la base Disease Analyzer (DA) d'IMS-Health. DA collecte des informations auprès d'un panel de médecins généralistes français volontaires et permet de suivre les consultations et prescriptions de leurs patients. Le champ retenu est celui des patients âgés de 75 ans et plus au 31 mars 2012 ayant eu au moins une prescription de médicaments entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013. Ce choix s'appuie sur la littérature qui montre que la polymédication concerne surtout les personnes âgées et il s'accorde avec la population visée par le programme Paerpa. Les médecins ayant reçu moins de 20 patients sur la période d'observation sont exclus. Notre analyse porte au final sur 69 324 patients et 687 médecins. Ces médecins transmettent des informations sur toutes les consultations ou visites dont le dossier est informatisé. En pratique, la plupart des séances recueillies sont des consultations au cabinet du médecin, ce qui étant donné la fréquence des visites pour les personnes âgées de cet âge (40 % des séances), entraîne une sous-estimation des prévalences de polymédication à partir de cette source.

Les médicaments sont identifiés par le niveau 5 de la classification ATC de l'OMS, c'est-à-dire au niveau du principe actif. Les associations à doses fixes comptent pour autant de médicaments

que le nombre de principes actifs qu'elles contiennent. Les informations sur la posologie et la durée des prescriptions permettent de calculer précisément les indi-

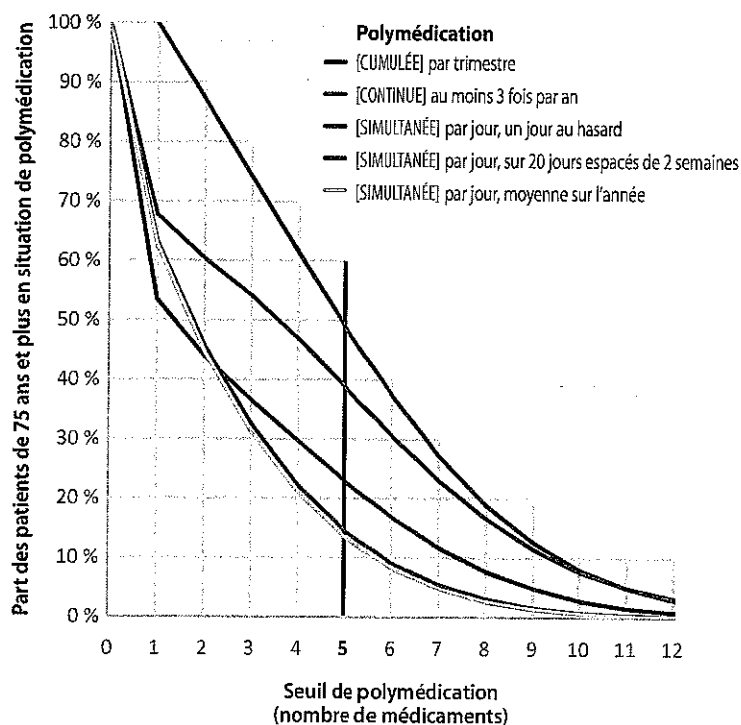
cateurs de prescription simultanée. Ont été exclus les médicaments à usage local, la phytothérapie et l'homéopathie.

Résultats

La prévalence de la polymédication varie selon l'indicateur et le seuil utilisé (Graphique 1). Les prévalences observées sont plus élevées avec les indicateurs de polymédication cumulative et continue qu'avec les indicateurs de polymédication simultanée. Plus que les prévalences, qui sont dépendantes des données et des médicaments inclus dans le calcul, il est intéressant d'observer les écarts de prévalences qui peuvent aller du simple au triple suivant l'indicateur. Les indicateurs de polymédication simultanée montrent les taux les plus bas. Ainsi, au seuil de 5, la polymédication concerne 14 % des 75 ans et plus avec l'indicateur simultané « Un jour moyen » et 23 % avec l'indicateur simultané « Un jour au hasard ». Les taux les plus élevés sont obtenus avec l'indica-

G1

Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments et de l'indicateur



Lecture : Au seuil de 5 médicaments, 39 % des patients de 75 ans et plus sont à considérer en situation de polymédication avec l'indicateur « Délivré au moins trois fois par an » ; les deux courbes « Moyenne sur l'année » et « 20 jours espacés de 2 semaines » sont superposées sur le graphique.

Données : Disease Analyzer IMS-Health. Calculs : Irdes.

Télécharger les données

Prise en charge médicamenteuse en Ehpad

Médicaments et personnes âgées en Ehpad

Quelques chiffres :

- En France, les accidents médicamenteux iatrogènes sont responsables d'une hospitalisation sur 10, soit 143 915 hospitalisations par an⁹. Ils sont dus aux effets secondaires et/ou indésirables connus des médicaments ou à des erreurs humaines comme un médicament mal pris, mal prescrit ou une ordonnance mal lue.
- Les personnes âgées sont particulièrement concernées puisque, selon la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁰, les accidents iatrogènes sont deux fois plus fréquents après 65 ans. Ils ont également des conséquences plus graves ; chez les octogénaires, 20 % des accidents iatrogènes conduiraient à une hospitalisation¹¹.
- Selon les travaux réalisés par O. St Jean (2011)¹², le nombre moyen de médicaments consommés par les personnes âgées est de :
 - 8 chez les 70-80 ans
 - 9,61 chez les 80-90 ans
 - 9,92 chez les 90-100 ans
 - 8,11 pour les plus de 100 ans
- Selon l'enquête PAQUID¹³ Ehpad réalisée en 2005, 56% des résidents consommaient plus de 4 médicaments par jour. Mais selon les Ehpad, le nombre de médicaments prescrits est très variable. En effet, pour 11,70% des Ehpad, 33% des patients consomment plus de 10 médicaments, et au moins 5% des résidents consomment 15 molécules pour 12,87% des Ehpad. Les principales classes médicamenteuses prescrites en Ehpad sont les antidépresseurs (32%), les anxiolytiques (27%), les hypnotiques (22%), les neuroleptiques (15%) et les régulateurs de l'humeur (3%).
- Selon une analyse de données issues de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait de soins des Ehpad sans Pharmacie à usage Intérieur (PUI) en Région Aquitaine en 2012 et en Limousin, 85% des résidents sont polymédiqués, un excès de traitement concerne 25% des résidents et « la prescription inutile concerne 70% d'entre eux¹⁴ ».

⁹ Direction générale de l'offre de soins. *Qualité de la prise en charge médicamenteuse*. Paris : DGOS, 2012.

¹⁰ HAS. Fiche points clés : *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?* Saint-Denis : HAS, 2014.

¹¹ Ibid.

¹² SAINT-JEAN O. et al. SFGG 2013 (données EGB 2011)

¹³ L'étude Paquid (« Personnes Agées QUID ») est une cohorte épidémiologique de recherche prospective menée en population générale et dont l'objectif est d'étudier l'évolution des fonctions cognitives et de la dépendance de sujets âgés.

¹⁴ Analyse des données Expérimentation des médicaments en EHPAD en Région Aquitaine 2012

La prise médicamenteuse en Ehpad nécessite donc une vigilance particulièrement importante dans la mesure où environ 700 000¹⁵ personnes vivent en établissement (moyenne d'âge de 85 ans¹⁶).

☛ **Au niveau politique**

- 2012 : l'Etat décide de faire de la prise en charge médicamenteuse en Ehpad une priorité en santé pour limiter les risques iatrogéniques et mieux répondre aux attentes et aux besoins des usagers. C'est dans ce cadre qu'elle a confié une mission à Philippe Verger. Ces travaux sont venus alimenter la Loi adaptation de la société au vieillissement (dite Loi ASV), adoptée le 28 décembre 2015.
- 2013 : le rapport Verger « la politique du médicament en EHPAD »¹⁷ se décline en 5 axes d'amélioration de la politique du médicament en Ehpad:
 - Améliorer l'usage des médicaments ;
 - Sécuriser le circuit du médicament ;
 - Encourager les actions alternatives et complémentaires ;
 - Optimiser le système d'information en Ehpad ;
 - Développer la recherche relative à la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.
- 2014 : le Plan maladies neuro-dégénératives¹⁸ (PMND) prend aussi en compte cette dimension dans la mesure 13 : Améliorer la qualité, la régularité de la prise en charge médicamenteuse adaptée à chaque patient et prévenir les risques des effets secondaires (renforcer la qualité et la sécurité des soins).
- 2015 : le Plan national d'action de promotion des médicaments génériques¹⁹, notamment l'axe 2, qui vise à « renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques en EHPAD, en lien avec le plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées ».
- 2015 : La Loi d'adaptation de la société au vieillissement²⁰ a accompagné le lancement d'un plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées.
- 2016 : La loi de modernisation du système de santé²¹ dont le titre III « Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé » consacre un chapitre au médicament (chapitre 3 : « Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins »).

¹⁵ Volant S., 693000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Drees, Etudes et Résultats, n°899, décembre 2014.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ P.VERGER, la politique du médicament en Ehpad. Rapport : 2013

¹⁸ Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019*. Paris: Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014.

¹⁹ Plan national d'action de promotion des médicaments génériques, mars 2015.

²⁰ Loi numéro 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

²¹ Loi numéro 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

☛ **DEFINIR LA POLITIQUE DE QUALITE ET DE SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE**

- En incluant cette thématique dans le projet d'établissement, au sein du projet de soins ;
 - Cette politique prend en compte les spécificités de l'établissement avec ou sans PUI ;
 - Cette politique prend en compte les résultats des évaluations (interne et externe).
- En identifiant un comité de pilotage²² pluriprofessionnel (direction, médecin coordonnateur, infirmier, pharmacien, médecin traitant) ;
- En élaborant et en déployant le plan d'action et de communication, composé d'objectifs contractualisés auprès des équipes et validée par les instances de l'établissement ;
- En mettant en œuvre le suivi du plan d'actions ;
- En communiquant en interne sur le plan d'actions ;
- En intégrant cette thématique dans le plan de formation.

☛ **EVALUER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU SEIN DE L'EHPAD : LES AXES DE PREVENTION**

- En utilisant un outil d'évaluation recensant l'organisation générale de la prise en charge médicamenteuse et qui aide à identifier les axes à prioriser pour limiter certains risques (Cf. outils pour aller plus loin) :

Axe 1 : santé des résidents

- La promotion de la vaccination (médecin coordonnateur, médecin traitant, pharmacien, infirmier) ;
- La limitation des psychotropes / neuroleptiques (médecin coordonnateur et médecin traitant, pharmacien) ;
- La promotion et l'utilisation des mêmes médicaments génériques²³ (médecin traitant, médecin coordonnateur, pharmacien) ;
- .../...

Axe 2 : formation/sensibilisation des personnels

- Sur le risque médicamenteux (formation de l'ensemble des personnels y compris non soignant²⁴) (médecin coordonnateur, pharmacien) ;
- Sur les conditions dans lesquelles les médicaments peuvent être coupés ou broyés (médecin coordonnateur, pharmacien) (Cf. outils pour aller plus

²² Ce comité de pilotage peut être constitué des mêmes personnes que celles composant la commission de coordination gériatrique.

²³ La mesure 12 du plan médicaments personnes âgées préconise de suivre la mise en œuvre de l'avenant à la convention pharmaceutique prévoyant la poursuite des traitements avec les mêmes génériques délivrés aux patients de plus de 75 ans.

²⁴ Ces formations peuvent porter notamment sur les médicaments les plus à risques, les psychotropes, les antidiabétiques, les médicaments contre l'asthme, etc.

- loin) ;
- Sur le signalement et la gestion des événements indésirables (Directeur, médecin coordonnateur, infirmier, pharmacien, le personnel soignant...) ;
- .../...

Axe 3 : sécurité du médicament

- Les modalités de dispensation et livraison (convention avec l'officine²⁵ ou à usage intérieur) ;
- Les modalités de conservation (stockage²⁶) ;
- Les procédures de préparation (préparation des doses à administrer) ;
- Les procédures de distribution et d'administration ;
- .../...

EVALUER ET ADAPTER LES PRESCRIPTIONS : AU MOMENT DE L'ACCUEIL ET TOUT AU LONG DE L'ACCOMPAGNEMENT

Au niveau du résident

- En recueillant, lors de l'entrée en Ehpad ou en amont, les éléments relatifs aux traitements prescrits, aux traitements effectivement consommés (automédication, observance, etc.) à partir de l'ordonnance et en échangeant directement avec le résident (médecin coordonnateur) ;
- En échangeant avec la personne, ou le cas échéant, avec son entourage après accord de la personne concernée et si besoin avec l'ensemble des professionnels qui intervenaient auprès de la personne²⁷ à domicile, dont son pharmacien (dossier pharmaceutique, dossier médical partagé) ; dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.
- En échangeant selon les besoins avec son pharmacien (dossier pharmaceutique, dossier médical partagé) ;
- En vérifiant prioritairement :
 - le poids ;
 - la fonction hépatique et rénale ;

²⁵ En se référant aux conventions. Pour plus de détail, se référer au Guide de mise en place du partenariat Ehpad-Pharmacien(s) d'officine publié par l'ARS Pays de Loire (2016) et l'article L5126-6-1 du Code de la Santé Publique, relatif aux conventions.

²⁶ Une attention particulière doit être portée sur les stupéfiants et les produits thermosensibles

²⁷ Notamment si la personne bénéficiait d'aide à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD...)

- les difficultés de déglutition et les difficultés de mastication²⁸ (médecin, traitant, médecin coordonnateur et orthophoniste).
- En analysant ces éléments en équipe pluridisciplinaire (médecin traitant, médecin coordonnateur, pharmacien, infirmier) notamment en organisant, si nécessaire,²⁹ des conciliations médicamenteuses³⁰, afin d'observer si le traitement est toujours bien adapté à l'état de santé du résident, et de limiter les risques iatrogéniques notamment.
- En prévoyant des révisions d'ordonnance (médecin traitant et médecin coordonnateur). Notamment après la survenue de tout événement indésirable (confusion, chute, agitation, somnolence ...).

Point de vigilance : le retour d'hospitalisation, un épisode aigu, tout nouveau traitement³¹, ainsi que certains traitements, tels les antiparkinsoniens, les AVK, etc.

Au niveau de l'Ehpad

- En mettant en place, au minimum 2 fois par an³², la commission de coordination gériatrique³³; (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmaciens, infirmier, aide-soignant³⁴, psychologue, ergothérapeute, etc.);
 - En disposant d'une liste préférentielle³⁵ actualisée des médicaments, précisant si les médicaments peuvent être coupés ou écrasés (médecin coordonnateur, pharmaciens, médecin traitants);
 - En présentant et diffusant cette liste aux médecins traitants intervenant au sein l'Ehpad (médecin coordonnateur);
 - En élaborant une dotation (médicaments et ou dispositifs médicaux) pour les urgences au sein de l'Ehpad (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmaciens);
 - En constituant et mettant à disposition le chariot d'urgence³⁶ (médecin coordonnateur, infirmier, pharmacien, Equipe mobile de gériatrie externe, etc.).
- Dès lors que des professionnels de l'extérieur interviennent au sein de l'Ehpad (HAD, SSIAD, équipes mobiles de gériatrie...), formaliser la transmission d'informations notamment celles relatives à la prise en charge médicamenteuse, dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.

²⁸ Institut du Bien Vieillir Korian, limiter les médicaments écrasés pour retrouver le plaisir de manger résultats de l'étude MEIA médicaments écrasés dans les aliments. Paris, 2015

²⁹ En évaluant les situations les plus à risque comme par exemple les personnes consommant plus de 10 molécules différentes, personnes dénutries, etc.

³⁰ Entretien réalisé entre le résident, son entourage et les professionnels de santé (Infirmier, Médecin coordonnateur, pharmacien) dans l'objectif d'une prise en charge médicamenteuse de qualité (Cf. : social-sante.gouv.fr/)

³¹ Celui-ci peut être prescrit suite à une consultation chez un spécialiste (cardiologue, dentiste, etc.)

³² Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

³³ Dans son programme de travail, l'Anesm a prévu l'élaboration d'une fiche-repère sur la Commission de Coordination Gériatrique.

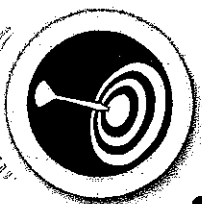
³⁴ En favorisant les échanges entre professionnels dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire auquel l'EHPAD peut prendre part.

³⁵ Cf. Outils pour aller plus loin

³⁶ Il est recommandé de sceller le chariot, d'en contrôler l'ouverture et de définir en amont les modalités de réassort.

Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé

☐ Direction ☒ Médecin ☒ Pharmacien ☒ Préparateur en pharmacie ☒ IDE ☒ Aide soignant



Principaux enjeux

- La polymédication (ou prise simultanée de plusieurs médicaments) est, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Mais elle :
 - augmente le risque iatrogénique médicamenteux (effet indésirable non recherché des médicaments),
 - tend à diminuer l'observance des traitements (oubli de prise par exemple), augmente le risque d'événement indésirable conduisant à une hospitalisation, représente un coût parfois élevé.
- Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de santé publique.



Points clés

AVANT la prescription : que doit-on connaître du patient ?



- **L'état d'hydratation** : en cas de déshydratation (diarrhée ou épisode infectieux, vague de chaleur ou manque d'apport), il y a une majoration du risque de toxicité rénale, hépatique et un risque de surdosage avec certains médicaments du fait de la baisse du volume de distribution.
 - Exemples de classes médicamenteuses à prendre en compte en cas de déshydratation ou de fortes chaleurs : AINS, diurétiques, IEC, neuroleptiques



- **L'état nutritionnel** : la dénutrition entraîne une diminution du taux de protéines plasmatiques circulantes (albumine notamment), ce qui augmente la fraction libre (et donc active) des médicaments qui se fixent habituellement à ces protéines, entraînant un risque de surdosage.
 - » Vérifier l'albuminémie et surveiller l'état nutritionnel (poids, IMC, MNA)
 - Exemples de classes médicamenteuses qui se fixent fortement aux protéines plasmatiques : AINS (risque d'insuffisance rénale), AVK (risque hémorragique), Sulfamides hypoglycémisants (coma hypoglycémique).



- **La fonction rénale** : Les médicaments qui s'éliminent par le rein et ceux ayant une marge thérapeutique étroite nécessitent une adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale.

» Vérifier la clairance à la créatinine (au moins tous les 6 mois) ; la noter dans son dossier et adapter la posologie

✓ Exemples de médicaments à adapter à la fonction rénale : AINS, aspirine, benzodiazépines, insuline, sulfamides hypoglycémisants, statines, diurétiques thiazidiques, digoxine, IEC, certains antibiotiques.



- **La fonction hépatique** : Les médicaments qui s'éliminent par le foie ou qui se fixent sur les protéines plasmatiques nécessitent une adaptation posologique en cas d'insuffisance hépatique.

» Vérifier le bilan hépatique régulièrement (dont transaminases), tous les 3 mois.

✓ Exemples de médicaments avec effets indésirables majorés en cas d'insuffisance hépatique : paracétamol (contre indiqué en cas d'insuffisance hépato cellulaire), AINS (risque d'hémorragie, ulcères), AVK (accident hémorragique), biguanides (contre indiqués, acidose lactique), benzodiazépines (trouble de la conscience, coma), diurétiques (troubles électrolytiques), insuline (hypoglycémie), codéine, antitussifs, anti-diarrhéique.



- **La totalité des traitements en cours** : y compris les traitements en automédication et, en particulier après une hospitalisation (arrêts inopinés) sans oublier les compléments alimentaires, la phytothérapie.

- **Le ionogramme** : La natrémie et la kaliémie peuvent être modifiées sous l'influence de médicaments, de l'altération de l'état général lors de syndromes infectieux, déshydratation etc... avec un risque :

- ✓ d'hyponatrémie (confusion, hypotension, chute) ou
- ✓ d'hypernatrémie (hypertension, embolie pulmonaire).
- ✓ d'hypokaliémie (troubles cardiaques, soif, irritabilité, crampes musculaires) ou
- ✓ d'hyperkaliémie (tremblements, faiblesse musculaire).

» Vérifier le ionogramme de manière régulière

✓ Exemples : Furosémide (diurétique) augmentant le risque d'hyponatrémie et hypokaliémie ou Fluoxétine (antidépresseur) augmentant le risque d'hyponatrémie.

- **La(les) pathologie(s) associée(s)** : augmentation des effets indésirables de certains médicaments.

✓ Exemple : Diabète et bétabloquants (risque d'hypoglycémie), constipation et opioïdes (morphine, codéine, tramadol), antidépresseurs (en particulier inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et hyponatrémie.



- **Les capacités cognitives du résident** car elles conditionnent :

- ✓ l'observance,
- ✓ les capacités à gérer seul son traitement,
- ✓ la compréhension des consignes de prise,
- ✓ la compréhension des prescriptions en Dénomination commune internationale (DCI).

» Réévaluer régulièrement les capacités du résident ou de son entourage pour la gestion des traitements (exemple Morisky)

● La Voie d'élimination prépondérante du médicament :

Rénale : adapter la posologie des médicaments à élimination rénale (en fonction de la Clairance de la créatinine) (ex : la posologie de digoxine doit être réduite de moitié).

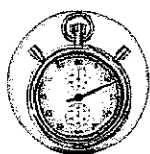
Hépatique : certains médicaments peuvent augmenter (inducteurs) ou diminuer (inhibiteurs) l'activité enzymatique du foie et donc influencer sur l'élimination des autres médicaments :

Les inducteurs vont favoriser l'élimination ou transformation de médicaments à élimination hépatique (entraînant un sous dosage)

✓ Exemples : *phénytoïne, rifampicine, alcool, millepertuis* sont des inducteurs enzymatiques qui pourront augmenter l'élimination d'un antiasthmatique (*montelukast* et *salmétérol*)

Les inhibiteurs vont freiner l'élimination ou transformation de médicaments à élimination hépatique (pouvant entraîner un surdosage).

✓ Exemples : *antifongiques azolés, antiviraux, jus de pamplemousse, amiodarone, fluoxetine* sont des inhibiteurs enzymatiques qui pourront diminuer l'élimination notamment d'un anxiolytique (*zolpidem, zopiclone*).



● La durée d'action du médicament ou la demi-vie plasmatique ($t_{1/2}$) conditionne le nombre de prises. Le médicament est totalement éliminé de l'organisme au bout de 7 $t_{1/2}$. La demi-vie de certains médicaments est augmentée chez le sujet âgé. Sauf exception, il convient de privilégier les médicaments à $t_{1/2}$ courte.

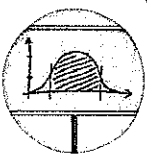
✓ Exemples des benzodiazépines : privilégier les benzodiazépines à demi-vie courte (< 20 heures) pour éviter toute accumulation et somnolence, chute (exemple d'hypnotiques : *Zolpidem, Zopiclone, Témazépam, Loprazolam, Lormétazépam, Estazolam* ; exemple d'anxiolytiques : *Clotiazépam, Oxazépam, Lorazépam, Alprazolam*)

✓ Exemple d'exception : Préférer un AVK à demi-vie longue et dont l'adaptation posologique est facilitée par la présentation : *Warfarine (Coumadine®)*.



● Le caractère hydrophile ou lipophile du médicament : Les médicaments se distribuent dans l'organisme en fonction de leur affinité pour les graisses (caractère lipophile) et pour l'eau (caractère hydrophile). La barrière hémato encéphalique (qui sépare le cerveau du reste de l'organisme) est perméable aux médicaments lipophiles qui se distribuent et s'accumulent donc mieux dans le cerveau, constitué essentiellement de lipides. Chez le sujet âgé, l'eau totale diminue, la proportion de tissu lipidique croît aux dépens de la masse maigre. Les médicaments lipophiles se distribuent donc plus largement chez le sujet âgé, provoquant plus d'effets indésirables que chez le sujet jeune.

✓ Exemples de médicament lipophiles : *benzodiazépines, certains antidépresseurs, etc.* » privilégier la dose minimale efficace



● La marge thérapeutique : elle est étroite quand l'écart entre la dose efficace et la dose toxique est faible.

✓ Exemples : *Digoxine, Anticoagulants oraux, Sulfamides hypoglycémiants, Antiépileptiques* » surveillance renforcée par des dosages plasmatiques pour adapter la posologie.

● Le caractère approprié ou non du médicament chez le sujet âgé : certains médicaments sont considérés comme potentiellement inappropriés chez le sujet âgé, lorsque leur prescription entraîne un risque qui dépasse le bénéfice potentiel attendu et/ou qu'ils ont une efficacité douteuse alors que d'autres solutions thérapeutiques plus sûres existent.

» Cf. liste préférentielle de médicaments adaptés aux sujets âgés et liste de médicaments inappropriés.



- **Les effets pharmacologiques et indésirables, les contre-indications** : Les effets indésirables inattendus des médicaments peuvent être déclarés au centre régional de pharmacovigilance, afin d'améliorer leur sécurité d'emploi et leur bon usage.
- **La forme galénique** : elle doit être adaptée au sujet âgé, en particulier en présence d'un trouble de déglutition. NB : La forme orale doit toujours être privilégiée.
» Vérifier à ne pas écraser de manière systématique les médicaments, à ne pas les mélanger, à ne pas les préparer plusieurs heures à l'avance.
- **La fixation du médicament aux protéiques plasmatiques** : certains médicaments se fixent fortement aux protéines plasmatiques (albumine notamment). La fraction de médicament fixée à l'albumine n'a plus d'effet thérapeutique. En cas de dénutrition, l'albuminémie est diminuée et la fraction libre (active) de médicaments s'en trouve augmentée.
➤ Exemple : en cas de dénutrition (albuminémie < 35 et IMC (taille/poids²) ≤ 21) la dose de Benzodiazépines, de dépakine, d'AVK doit être réduite pour éviter tout surdosage.
- **Le service médical rendu du médicament** : il est à prendre en compte pour chaque médicament prescrit. Il est déterminé en fonction du rapport bénéfice/risque du médicament, de la gravité de l'affection à traiter et de sa place dans la stratégie thérapeutique : Niveau I si l'intérêt est important, II pour faible et III pour insuffisant. Il est consultable sur le site de la Haute Autorité de Santé.

AVANT et APRES la prescription : le suivi et la réévaluation



- **Tout ajout ou suppression de médicaments** dans une prescription doit s'accompagner d'une réflexion sur le bénéfice et le risque que cette action entraîne.
Lors d'un ajout, avoir les bons réflexes devant tout nouveau symptôme (chronologie de survenue, signe(s) clinique(s) évocateur(s) comme les chutes, l'anorexie, la confusion).
- **La révision/réévaluation du traitement** passe forcément par une analyse des pathologies et des médicaments en cours : hiérarchisation et priorisation. Des outils d'aide à l'optimisation des prescriptions chez le sujet âgé existent : la liste de Beers, la liste de Laroche, l'outil STOPP/START...



Outils

- Fiche 2 « Révision de la prescription du sujet âgé »
- Fiche 3 « Management de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD »
- Fiche 5 « La prescription en EHPAD »
- Fiches 11 à 17 « Médicaments à risque chez les personnes âgées »
- Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé et liste des médicaments inappropriés

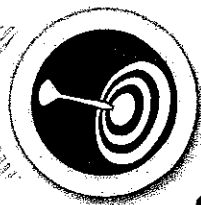


Pour approfondir

- Mise au point sur le bon usage des médicaments en cas de vague de chaleur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/349fc63aeabdf262a6c0d2f40713fc4b.pdf
- Site de la HAS : www.has-sante.fr, outils Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) et indicateurs Alerte et maîtrise de la iatrogénie (AMI)
- Site de l'ANSM : www.ansm.sante.fr, Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé

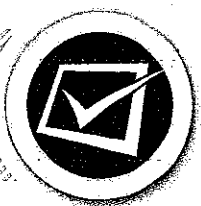
Appropriée ou inappropriée ? Révision de la prescription du sujet âgé

☐ Direction ☒ Médecin ☒ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☐ IDE ☐ Aide soignant



Principaux enjeux

- La iatrogénie médicamenteuse est très fréquente chez le sujet âgé :
 - ✓ Les erreurs médicamenteuses sont deux fois plus fréquentes après 65 ans¹ ;
 - ✓ 10 à 20 % des hospitalisations des sujets de plus de 65 ans sont directement liées à un événement iatrogène² ;
 - ✓ 50 % des accidents iatrogènes du sujet âgé sont évitables².
- La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est devenue un enjeu majeur de santé publique et un véritable challenge. Tout nouveau symptôme chez un patient âgé doit conduire à évoquer la possibilité d'un Événement indésirable lié aux médicaments (EIM) (réflexe iatrogénique). La prévention des EIM nécessite un exercice en équipe pluriprofessionnelle, une concertation accrue entre soins de premier recours et soins spécialisés, une implication du patient et une mobilisation de l'entourage et des aidants.
- La prévention et la détection des prescriptions potentiellement inappropriées doit être une préoccupation constante des praticiens en charge de patients âgés : la révision pluriprofessionnelle des ordonnances est une solution simple et efficace pour les limiter.



Points clés

PRESCRIPTIONS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉES

- 30 à 50 % des patients de plus de 65 ans résidant en institution ont au moins un traitement potentiellement inapproprié³.

¹ HAS; Brochure « Amélioration de la prescription médicamenteuse en EHPAD », 2006
² Enquête ENEIS, 2009
³ Wilcox, 2003