

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire : « Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante »

Les médicaments après 95 ans en EHPAD :

Pratique et éthique,

rôle du médecin coordonnateur

Étudiants : **Dr Gaidot - Pagnier Sylvie**

Dr Joseph - Le Bomin Christelle

Dr Pouyat - Culo Marion

Directeur de mémoire : **Dr Gomas Jean-Marie**

PLAN

I) INTRODUCTION

II) METHODES

II.a) Description des EHPAD ciblées

II.b) Définition de la population ciblée avec critères d'inclusion

II.c) Recueil des données médicamenteuses

II.d) Méthode d'analyse des résultats

III) RESULTATS

III.a) Population étudiée

- A. Répartition par âge
- B. Répartition en fonction du sexe
- C. Répartition par Groupe Iso Ressource
- D. Variables Biométriques
- E. Antécédents et pathologies

III.b) Prescriptions médicamenteuses

- A. Polymédication
- B. Classes thérapeutiques
- C. Valide / mis / under / over use

IV) DISCUSSION

IV.a) Revue des principales classes de médicaments et réflexion sur leur pertinence selon l'outil STOPP/START

IV.b) Aspect éthique

IV.c) Mission du médecin coordonnateur « diffusion des bonnes pratiques gériatriques »

IV.d) Limites de l'étude

V) CONCLUSION

I) INTRODUCTION

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est devenue complexe du fait de la polyopathie, des comorbidités, de l'allongement de l'espérance de vie, de la reconnaissance de l'efficacité de la prévention secondaire et de l'accroissement de la palette thérapeutique. Ceci entraîne souvent une polymédication dont les effets délétères sont communément admis : effets indésirables, interactions médicamenteuses, iatrogénie, hospitalisations.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a ainsi reconnu dès 2005 que « Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique » (1).

Au début des années 90, Beers (2) aux USA a été le premier à réfléchir à une optimisation de la prescription chez la personne âgée en nursing home, en introduisant la notion de « misuse », c'est à dire une prescription inappropriée de médicament dont les risques dépassent les bénéfices attendus. En France, c'est Laroche (3) qui, en 2003, a établi une liste de médicaments dont la prescription n'était pas souhaitable chez les personnes âgées. Dans le même ordre d'idée, sont apparues les notions d' "overuse" (correspondant à un médicament prescrit en absence d'indication) et d' "underuse", (définissant au contraire une insuffisance de traitement).

Actuellement, l'outil STOPP/START (4,5) est une liste de critères explicites, validés par des experts européens, qui permet l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux patients de 65 ans et plus, et qui est destinée à stimuler la remise en question des médicaments pris par le patient. Cet outil est largement préconisé par les gériatres et les pharmaciens afin d'optimiser au mieux l'ordonnance du sujet âgé.

Cependant, les “personnes âgées” représentent un groupe très hétérogène, ne serait ce que par l’âge lui même. Habituellement, une personne âgée est définie par un âge supérieur à 65 ans, mais peut on réfléchir et décider de la même manière lorsqu'on prescrit à une personne de 65 ou bien à une personne de 95 ans ... ?

Pour notre travail, nous nous sommes intéressées aux prescriptions médicamenteuses de personnes vivant en Ehpad et très âgées, puisque âgées de 95 ans et plus. Nous avons souhaité faire un “état des lieux” des prescriptions afin d’en évaluer la pertinence, au vu des outils précédemment cités, dans le cadre des bonnes pratiques gériatriques. Cependant, la tranche d’âge que nous étudions est très particulière puisque l’espérance de vie est limitée, pas seulement pour des raisons pathologiques, mais aussi et surtout pour des raisons physiologiques ... Ceci nous a amené à réfléchir dans un deuxième temps sur la dimension éthique de la prescription médicamenteuse chez cette tranche de patients : le très grand âge peut il ou doit il influencer la prescription, même si cela va à l’encontre des “bonnes pratiques” ? Ceci est souvent un dilemme pour le médecin prescripteur qui est confronté à des choix difficiles tant sur le plan clinique que éthique. Et nous ne pouvons que citer ici le Dr Renée Sebag-Lanoe qui fut l’une des premières en France à montrer la difficulté de “Décider dans les situations du grand âge” (6) et a introduit la notion de démarche palliative chez les vieillards (7).

Si le médecin coordonnateur se doit être le garant des bonnes pratiques gériatriques, il peut aussi être un interlocuteur privilégié pour le médecin traitant afin de l’aider dans sa réflexion éthique de prescripteur chez le sujet très âgé.

II) METHODES

II.a) Description des EHPAD ciblées

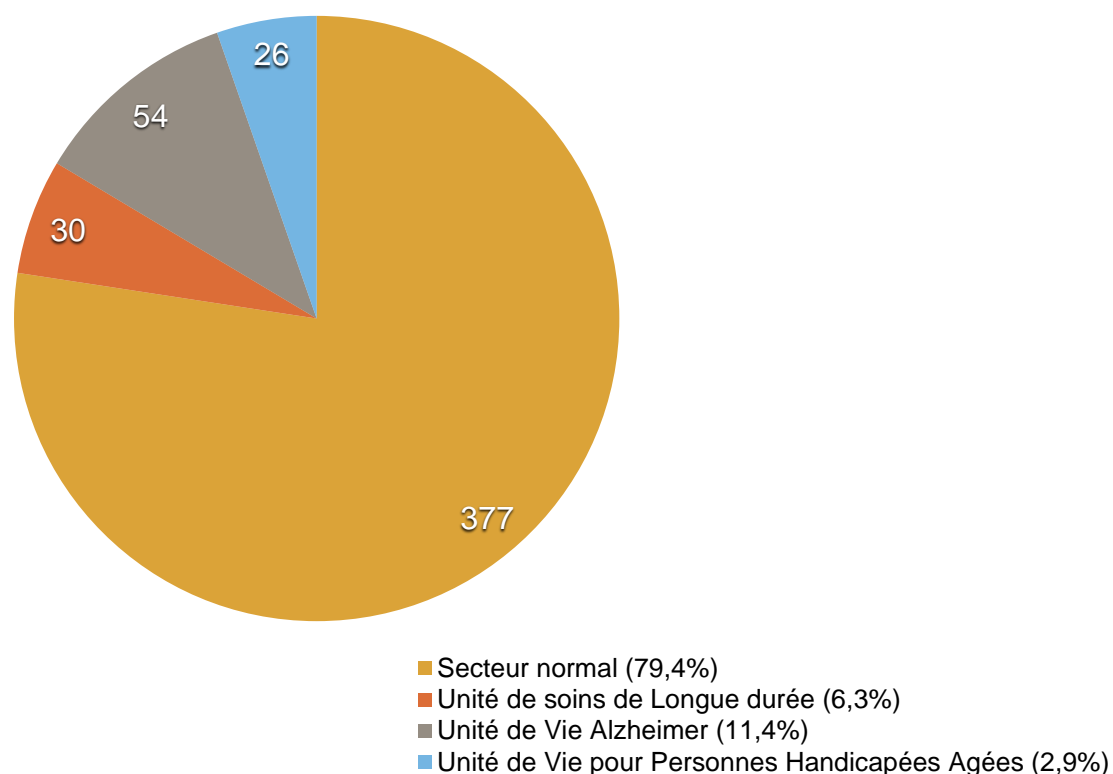
Nous avons regroupé et analysé cinq EHPAD dans lesquelles nous travaillons.

Grâce à un questionnaire que nous avons rempli, (annexe 1) nous avons collecté des renseignements sur les structures d'hébergement et dressé un profil des médecins prescripteurs intervenant sur nos établissements.

Les 5 EHPAD se trouvent en secteur rural, et sont publics. Deux sont rattachés à un hôpital, et trois sont territoriaux. La capacité totale d'accueil de ces 5 EHPAD est de 475 résidents.

Voici la répartition par secteurs des lits dans les cinq établissements.

Répartition des lits par secteurs d'activités



Les médecins coordonnateurs sont employés à 0,5 Équivalent temps plein (3 établissements) ou 0,4 Équivalent temps plein (2 établissements), ils sont formés à la gériatrie et ne sont pas médecins prescripteurs.

Concernant les médecins prescripteurs, un des EHPAD bénéficie du salariat de trois médecins salariés, formés à la gériatrie. Ces prescripteurs réalisent les renouvellement des ordonnances deux jours par semaine et sont de permanence 24h/24 pour les pathologies aiguës. Les quatre autres établissements bénéficient du passage de 27 médecins libéraux qui réalisent les renouvellement des ordonnances une fois par mois.

La réévaluation des ordonnances est réalisée par les médecins traitants, de façon aléatoire en fonction de leurs habitudes de prescriptions et de travail.

II.b) Définition de la population ciblée avec critères d'inclusion

Les deux critères d'inclusion pour la population étudiée étaient l'âge : avoir 95 ans ou plus (date limite anniversaire fixée à fin septembre 2019), et le fait de résider au sein des cinq EHPAD.

Une fois l'inclusion faite, nous avons renseigné un document standardisé (annexe 2), pour chacune des personnes incluses. Ce document collectait des données précises, nous renseignant sur l'identité du résident et sa date d'entrée dans l'EHPAD, ses antécédents médicaux-chirurgicaux, ses traitements lors de son entrée, ses traitements lors de la réalisation de l'étude.

II.c) Recueil des données médicamenteuses

Grâce au document relatif à chaque résident, nous devions renseigner des indices biométriques avec le poids, la tension artérielle, l'albuminémie récente, la TSH, le débit de créatinine et la dernière hémoglobine glyquée. Le GIR du résident était également détaillée.

Nous devions ensuite évaluer l'ordonnance du résident en se demandant pour chacun des médicaments si la prescription était valide, overuse, misuse ou under use. Nos remarques étaient renseignées dans le document sous forme de tableau.

La période de recueil des données s'est déroulée du 1er mai 2019 au 30 juin 2019.

I.d) Méthode d'analyse des résultats

Le traitement des données s'est fait par pointage manuel. Avec un logiciel informatique EXCEL.

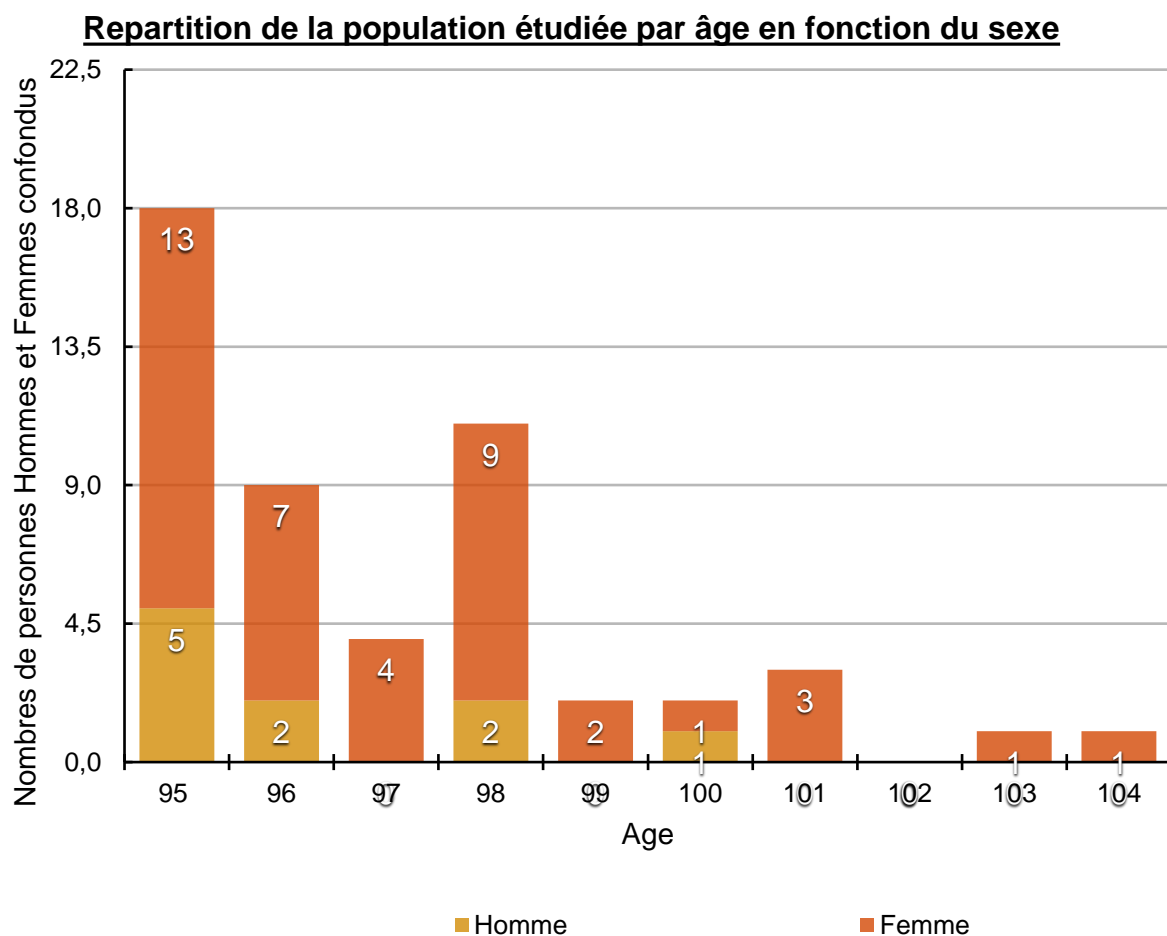
III) RESULTATS

III.a) Population étudiée

52 résidents ont été inclus dans notre étude.

A. Répartition par âge

Voici un graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de leur âge, et par sexe. Notre échantillon retrouve des personnes âgées de 95 ans à 104 ans.



B. Répartition en fonction du sexe

Notre échantillon est composé de 42 femmes (80,7%) et 10 hommes (19,3%).

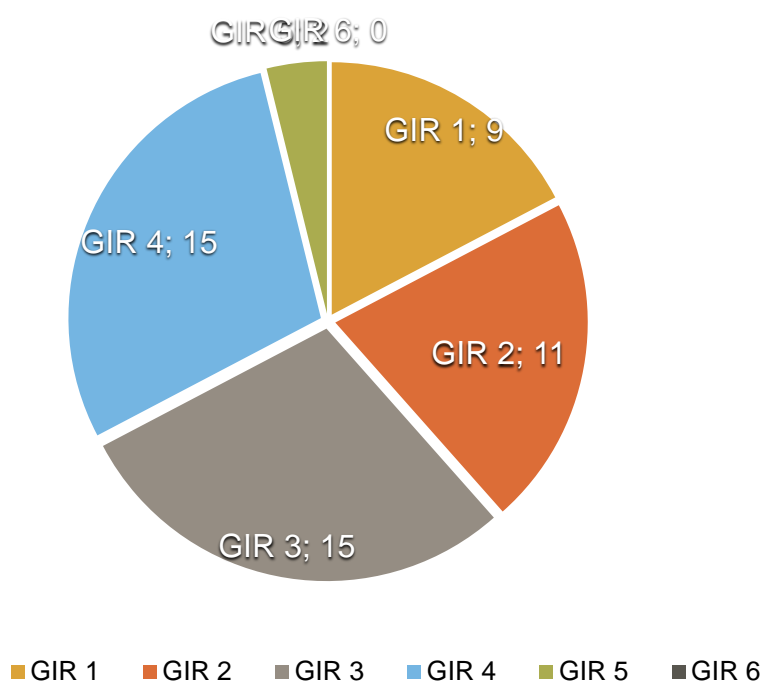
C. Répartition en fonction du GIR

Voici un schéma représentant la répartition de notre échantillon en fonction des GIR de chaque résident.

En décryptant le GIR plus précisément, on note que concernant la locomotion : 7 résidents sont totalement autonomes (13,4%), 20 sont grabataires (38,4%). Concernant la cognition, 15 résidents sont totalement autonomes (28,9%) et 21 présentent des démences très évoluées (40,4%).

Notre population de + 95 ans est majoritairement représentée par les dépendances moyennes (GIR 3 et 4) : 57,8 %.

Répartition de la population (en nombre de personnes) en fonction du GIR



D) Variables biométriques

Le poids est en moyenne de 57 kg, avec un minimum à 35 kg et un maximum à 104.

La fonction rénale (calcul de la clairance par CKD – EPI) est perturbée pour 100% des résidents : 28.9% sont en insuffisance rénale légère, 61.5% modérée, 9.6% sévère.

L'albuminémie est normale pour 25% des résidents . On retrouve une dénutrition légère pour 51,9% , modérée pour 23,1% des résidents . Aucun n'est en dénutrition sévère.

E) Antécédents et pathologies

Nous n'avons retenu que les pathologies sévères ayant un retentissement fonctionnel significatif sur l'autonomie ou sur la polymédication. L'hypertension artérielle et les pathologies cardio circulatoires sont très représentées (82.7%), devant les pathologies neuro dégénératives (55.7%).

On remarque la très faible part du diabète (5 résidents soit 9,6% de la population) et des pathologies respiratoires (1 seul résident sous inhalation bricanyl-atrovent).

On note que la majorité des résidents de 95 ans et plus, sont « pauci » pathologiques : on ne retrouve que 1 ou 2 pathologies sévères.

III.b) Prescriptions médicamenteuses

A. Polymédication

Aucun résident n'a aucun médicament.

La moyenne globale est de 6.9 médicaments par résident.

Lorsque l'on sépare notre échantillon en 2 groupes, on remarque une différence significative en nombre de médicaments par ordonnance :

- Etablissement 1 (médecins prescripteurs formés à la gériatrie) : 5.8 médicaments par résident (cohorte de 30 résidents).
- Etablissements 2 et 3 (médecins prescripteurs généralistes) : 8.4 médicaments par résident (cohorte de 22 résidents).

B.Par classes thérapeutiques

- Cardiotropes : aucun médicament = 7 résidents (13.5 %)

1 seul médicament = 12 résidents (23 %)

Polymédication = 33 résidents (63.5%) avec 2.9 médicaments cardiotropes en moyenne

- Psychotropes : aucun médicament = 18 résidents (34.5%)

1 seul psychotrope = 19 résidents (36.5 %)

Polymédication = 15 résidents (29%) avec 2.01 médicaments psychotropes en moyenne

- Sphère abdominale : aucun médicament = 14 résidents (26.9%)

Laxatifs := 32 résidents (61.5%)

IPP = 17 résidents (32.7%)

-Antalgiques : aucun antalgique = 18 résidents (34.6%)

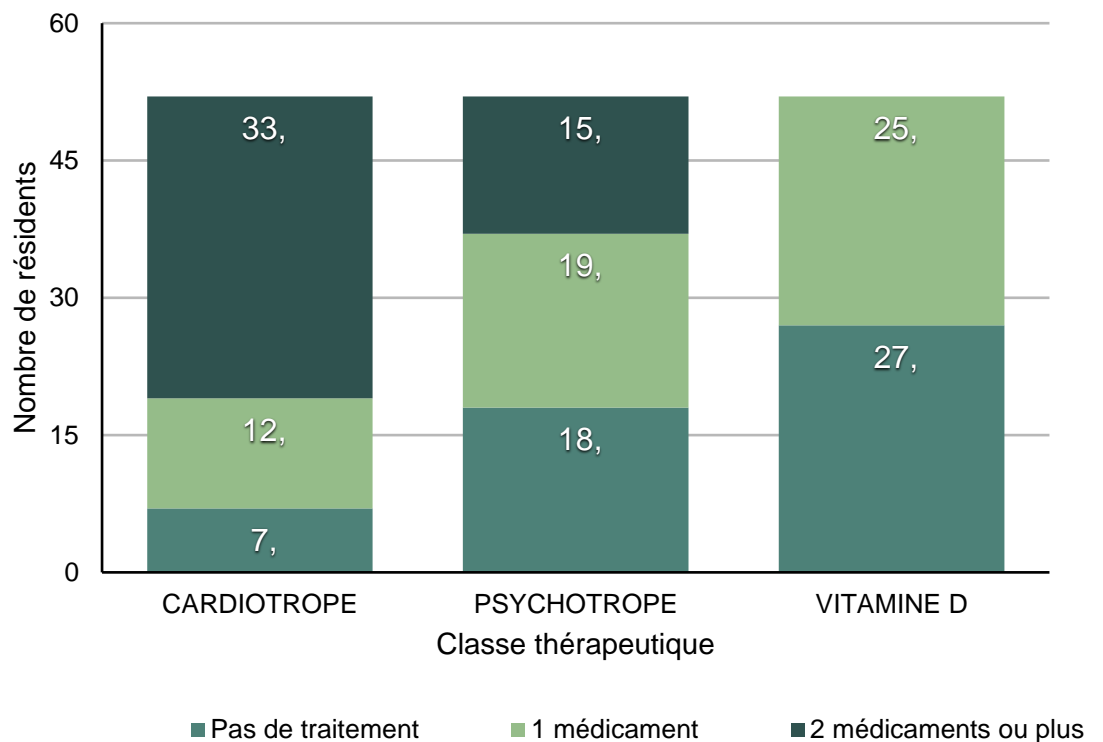
antalgique classe 1 = 26 résidents (50%)

antalgiques classe 1 + 2 = 8 résidents (15.4%)

antalgique classe 3 = 1 résident (1.9%)

-Vitamine D : 25 résidents (48%)

Répartition de la population par rapport au nombres de médicaments par classe thérapeutique.



C. Valide / mis / under / over use

Nous retrouvons dans nos résultats que les traitements valides représentent 53.5% des prescriptions (3.69 médicaments sur les 6.9 prescrits en moyenne par résident).

Les traitements en mis-use sont de 14.5% (1 médicament en mis-use/ 6.9 médicaments prescrits en moyenne par résident).

Les traitements en over-use sont représentés à hauteur 32 % (2.21 médicaments en over-use/ 6.9 médicaments prescrits en moyenne par résident).

Quant aux traitement en under-use on retrouve 13.5 % des résidents qui devraient avoir un médicament supplémentaire considéré comme manquant (vitamine D et NACO).

IV) DISCUSSION

IV.a) Revue des principales classes de médicaments et réflexion sur leur pertinence selon l'outil STOPP/START

Nos résultats montrent que globalement, la plupart de nos résidents sont polymédiqués (nombre de médicaments supérieur à 5). Néanmoins, il y a peu de polymédication excessive (supérieure à 10 médicaments) : 9 résidents sur 55 (16,3%). Notre moyenne de 6,9 médicaments par résident est retrouvée par Herr qui a analysé les prescriptions de 30702 résidents tous âges confondus dans 451 maisons de retraite (8).

Sur les 52 ordonnances, 14 nous ont parues valides (26,9%) c'est à dire : pas de polymédication, absence de médicament inapproprié, pas de overuse , médicaments à posologie correcte. Si on décortique les données en fonction des EHPAD, on se rend compte que dans l'EHPAD où les 3 médecins sont salariés et formés à la gériatrie, 11 ordonnances sur 30 sont valides (soit 36,9%), alors que dans les Ehpads où les prescripteurs sont des médecins généralistes, ce chiffre tombe à 9% (seulement 3 ordonnances valides sur 22).

Les médicaments à visée cardiotrope sont les plus prescrits (45 résidents prennent au moins un médicament à visée cardiovasculaire) : anticoagulants, antiagrégant plaquettaire, antihypertenseurs ,antiarythmiques, IEC, diurétiques, etc ...Il est difficile pour un médecin non cardiologue de remettre en question ces traitements. Néanmoins, on observe que:

° pour ce qui est des NACO, la moitié des résidents est sous dosée (au vu de l'indication , de leur poids et de leur clairance de créatinine) sans que l'on sache toujours très bien pourquoi (probablement une chute ou bien un accident hémorragique ou bien la peur du grand âge ...) : il semble donc que le médecin prescripteur, plutôt que de stopper le médicament, préfère laisser une prescription «hasardeuse» qui n'est donc à priori pas efficace et reste néanmoins dangereuse.

Dans un cas , la prescription est liées à une embolie pulmonaire remontant à plusieurs années , mais l'anticoagulant n'a jamais été stoppé , malgré l'absence de facteurs de risque ...

° concernant le Kardégic, prescrit chez 18 résidents (34,6%), on retrouve une situation d'overuse chez 10 résidents qui n'ont aucun antécédent cardiaque ou vasculaire. Souvent le médicament a été prescrit depuis très longtemps et la prescription probablement jamais réévaluée. Pourtant il est reconnu que, dans cette population, il provoque souvent plus d'effets secondaires que de bénéfiques (9) (ulcères gastriques, hémorragies digestives ou hématome sous dural chronique).

° les antihypertenseurs sont prescrits en overuse chez 5 résidents : tension artérielle , voire basse... , ce qui légitimerait leur arrêt , sans arrière pensée .

La vitamine D est largement prescrite (chez 50% des résidents) ; néanmoins a-t-elle une réelle utilité chez des résidents qui sont grabataires ou qui ne marchent plus? Aucune étude n'a été réalisée, à ce jour, chez le patient très âgé, à fortiori grabataire.

Les IPP sont prescrits pour 17 résidents, soit un tiers de notre population. Là encore ,il s'agit de prescriptions anciennes dont l'indication n'a probablement jamais été réévaluée. La majeure partie de ces traitements pourraient être arrêtés.

Les psychotropes, souvent accusés d'être en cause dans la polymédication du sujet âgé, ne sont finalement pas si souvent prescrits : 18 résidents n'en prennent aucun et 19 résidents n'en prennent qu'un seul (en général un somnifère ou bien un anxiolytique pour dormir, ce qui paraît légitime). Seulement 15 résidents, soit presque un tiers de notre population en consomment deux. Si effectivement, les recommandations de bonnes pratiques (10) suggèrent de stopper les hypnotiques ou les benzodiazépines, il nous paraît quand même illusoire de vouloir arrêter de telles médications souvent prises depuis fort longtemps et qui entraînent un réel confort de vie pour le patient. Par contre, les antidépresseurs prescrits au long cours (15 résidents) mériteraient peut être une réévaluation, notamment lorsqu'ils sont prescrits à faible dose ou bien lorsqu'ils entraînent des effets secondaires (hyponatrémie, effets anticholinergiques). De même, l'introduction d'un antidépresseur à 95 ans ou plus peut prêter à discussion.

Les antalgiques (paliers 1 et 2 essentiellement) sont prescrits chez 35 résidents : chez la moitié, ils sont donnés en systématique, la douleur n'étant pas évaluée au moment de la distribution.

Les statines ne sont retrouvées que chez 4 résidents : il s'agit toujours de prévention secondaire. Néanmoins, ce traitement devrait être arrêté, nos résidents ayant largement plus de 85 ans (11).

Pour terminer, citons les principaux médicaments inappropriés rencontrés : Zelithrex, Décontractyl, Tanakan, Mestison, gélules de chlorure de sodium, Aerius, vit B12.

IV.b) Aspect éthique

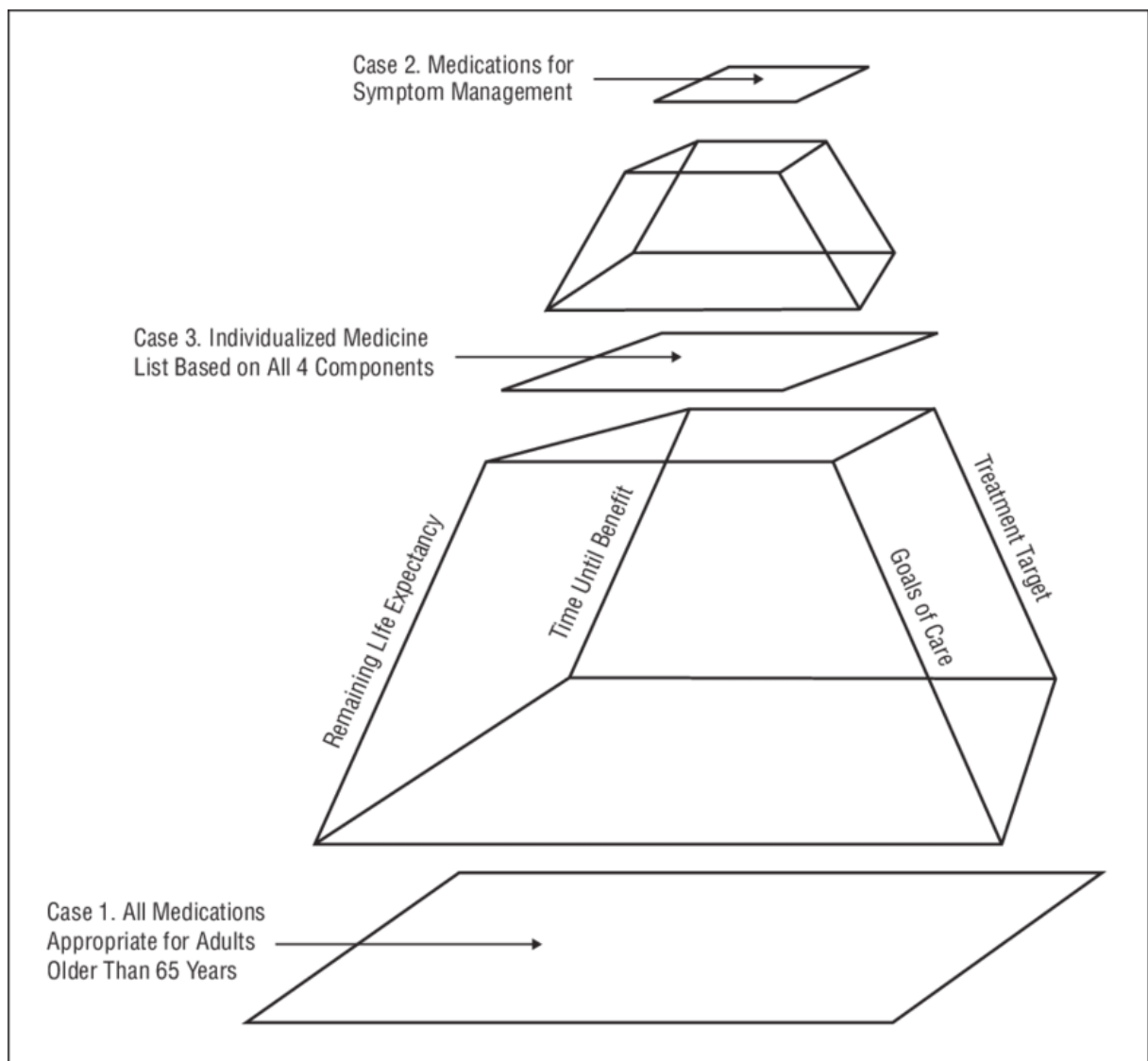
« La réflexion éthique permet à chacun de s'interroger sur le sens et les valeurs qui guident l'acte de soin, les pratiques, au delà d'une logique d'action purement technique » (12).

La critique de la polymédication chez le sujet âgé, à fortiori très âgé, est toujours en rapport avec le risque de iatrogénie, le risque d'effets secondaires et/ou le risque d'interactions médicamenteuses... En parlant d'un médicament, on parle d'ailleurs de balance « bénéfique/risque ». Et c'est donc généralement une démarche purement scientifique qui conduit à introduire ou à arrêter un médicament. Le médecin étant conforté dans sa décision par une réflexion scientifique qui n'est pas la sienne, mais celle d'une communauté d'experts, à laquelle il adhère. Ceci relève des « Bonnes Pratiques » et est bien sûr pertinent .

Néanmoins, le très grand âge avec sa polypathologie, sa dépendance, ses démences, son espérance de vie limitée peut interroger le médecin sur la rationalité de ses prescriptions même si elles sont jugées valides théoriquement ... Comment par exemple, ne pas se questionner devant une prescription de 11 médicaments chez une dame de 100 ans GIR 2 ? . Ceci amène à une réflexion davantage individuelle, philosophique, humaniste qui ne relève plus d'un consensus, mais qui fait appel à une démarche éthique.

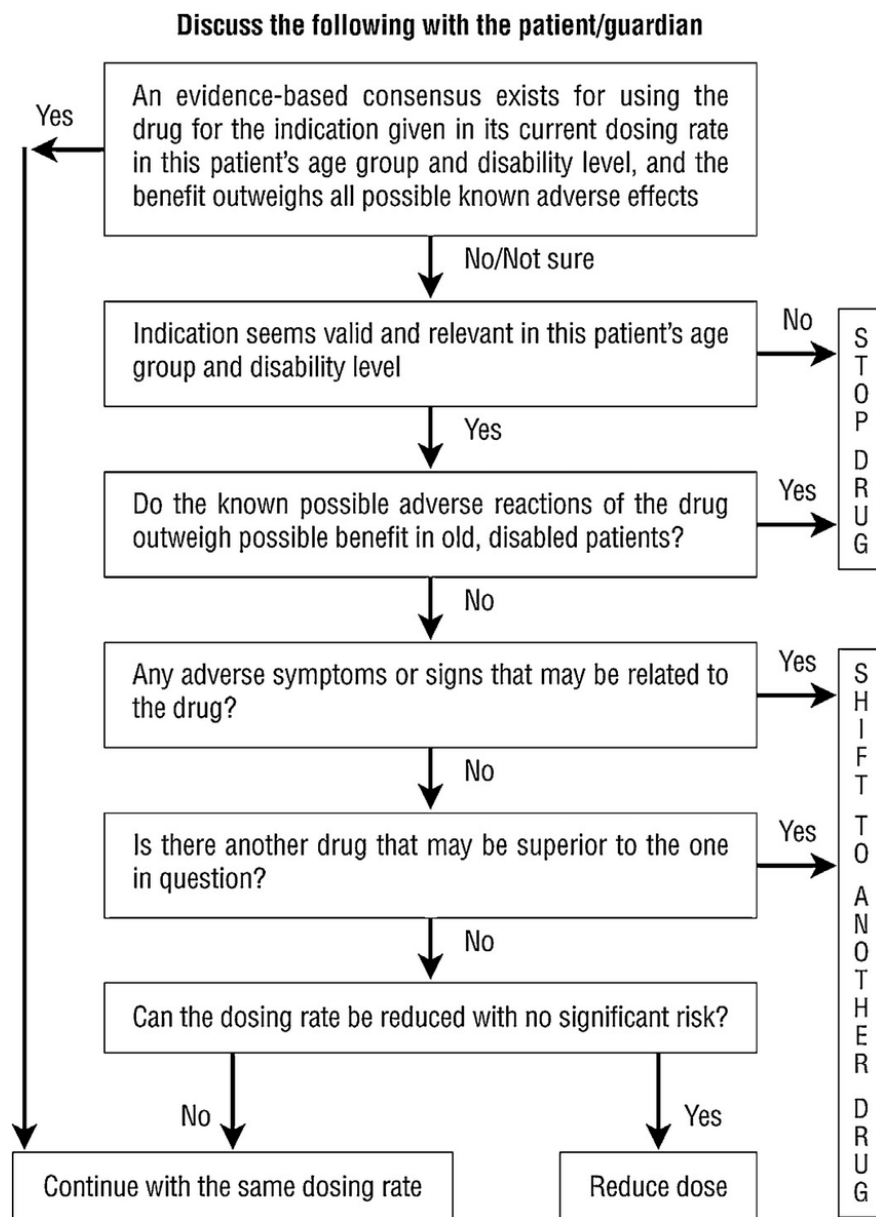
Ainsi, interrompre un traitement confronte le médecin à un choix difficile tant sur le plan clinique que éthique. Stopper un médicament n'est il pas susceptible de « péjorer » l'état clinique? Comment aborder avec un patient l'arrêt d'une mesure préventive suivie pendant de nombreuses années sous prétexte de son âge? Le critère de l'âge ne risque-t-il pas d'induire une forme d'abandon thérapeutique et d'âgisme? Bien sûr, le critère de l'âge utilisé isolément est un mauvais marqueur de l'état de santé et la prise de décision concernant le choix de traitement nécessite d'être individualisée sur la base d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle (médicale, cognitive, fonctionnelle, nutritionnelle ..) (13). A partir de cette évaluation, on pourra estimer l'espérance de vie du patient et prioriser les traitements.

Ceci est illustré par Holmes et coll (14) sous la forme d'une pyramide : chaque niveau de la pyramide représente la médication appropriée en fonction de la situation clinique du patient. Sa base représente l'analyse des médicaments appropriés pour un patient de 65 ans et plus, dont le pronostic vital est bon et pour lequel toutes les mesures curatives sont envisagées. Cette médication s'amenuise progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la pyramide, pour n'être plus qu'une plate forme restreinte (sommets de la pyramide) lors de pronostic vital limité et de traitement à visée strictement palliative .



Une autre manière de raisonner fait appel au jugement clinique par le biais d'une série d'interrogations évaluant l'adéquation de la prescription. Il s'agit d'une démarche réflexive qui

peut être illustrée par le Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm de Garfinkel et coll (15) que voici.



Pour résumer, l'indication d'un médicament chez le sujet très âgé, au delà de son indication théorique, devrait répondre aux questions suivantes :

- temps nécessaire pour que le médicament développe son effet bénéfique (par exemples, médicaments anti ostéoporotiques, antidépresseurs, prévention cardio vasculaire) ?
- quelle est l'espérance de vie du patient ?

- quelle est la finalité du traitement (prévention d'une comorbidité ?, prolongation de la vie ?, traitement symptomatique ? traitement d'une affection aigue ?)
- quelle est l'orientation donnée aux soins (à discuter avec le patient ou sa famille), entre une attitude strictement curative ou bien une approche davantage palliative?
- quel est le niveau d'acceptation et d'information du patient pour cette stratégie thérapeutique ?

Répondre à ces questions est loin d'être simple car les progrès de la médecine et ses pouvoirs vertigineux tendent à faire croire à tous (médecin , patient , famille , société) que la mort doit toujours être repoussée plus loin et que sa survenue reste un échec médical.

Pour le médecin, le soin s'associe, globalement, à la prescription (c'est ce à quoi il a été formé) ; ne pas prescrire, et « pire » ! « Déprescrire » peut être vécu comme une mauvaise prise en charge de son patient, voire une capitulation, d'autant plus si l'équipe soignante le presse d'agir.

Pour le patient : même avec des capacités cognitives préservées, très peu à un âge avancé sont capables de juger de leur traitement et de décider. Si tous ne souhaitent pas « d'acharnement thérapeutique », aucun n'accepterait un arrêt brutal de leur traitement.

Pour la famille, le déclin cognitif, la dépendance sont souvent mal vécues et une réponse médicale est en premier lieu recherchée ; comment expliquer que la vieillesse n'est pas une maladie curable ?

Enfin, même chez le grand vieillard, notre société est de moins en moins disposée à accepter la mort quand elle doit arriver ; preuve en est, les interventions du SAMU qui ne recule pas à entreprendre une réanimation cardio-respiratoire chez cette population, alors même que la stratégie palliative est clairement indiquée dans le dossier.

Comme si les rites techniques avaient ou devaient être remplacés les rites funéraires d'antan. Et que penser de la pensée transhumaniste qui promet une vie, sinon éternelle, tout du moins débarrassée de la vieillesse, de la maladie et du handicap ?

IV.c) Mission du médecin coordonnateur « diffusion des bonnes pratiques gériatriques »

Nous avons objectivé par nos statistiques qu'il existe de grandes différences de prescription selon la formation du médecin prescripteurs : les gériatologues prescrivent moins de médicaments, les réévaluent plus fréquemment et les ordonnances sont moins sujettes à discussion (mis – over et under use), on y trouve en particulier moins de psychotropes, moins d'IPP, et moins de iatrogénie.

Le code de déontologie et le statut de médecin coordonnateur nous disent : « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin » et les organismes de Sécurité Sociale encouragent les personnes à choisir le « médecin référent » parmi les médecins généralistes ; la démographie des médecins gériatres est inversement proportionnelle à la démographie des personnes âgées polypathologiques ; le médecin coordonnateur n'est pas un médecin prescripteur.

Plusieurs missions du médecin coordonnateur concernent ce problème : mission « application des bonnes pratiques gériatriques », mission « prescription des médicaments adaptée aux impératifs gériatriques », mission « action d'information des professionnels de santé », mission « commission de coordination gériatrique ».

Toutes ces missions sont en rapport avec notre sujet, mais les outils pour y faire face sont cruellement pauvres et inefficaces.

Les médecins prescripteurs généralistes sont terriblement compliqués à atteindre car ils fuient le dialogue : les invitations aux réunions de coordinations gériatriques ou à toutes

réunion pour discuter de l'avenir de leurs patients restent traditionnellement lettres mortes.

Voici des axes de réflexions permettant éventuellement d'expliquer la problématique :

- le terme libéral signifie « libres » : libres de gérer leurs prescriptions et leurs formations ; les médecins libéraux n'écoutent pas forcément l'avis de leurs confrères et participent peu aux programmes de formation médicale continue une fois qu'ils sont sortis du système universitaire et installés.

- le manque de temps : ils possèdent des clientèles volumineuses qui leur prennent beaucoup de temps et ils préfèrent s'investir et prendre du temps pour soigner des personnes jeunes (politique de prévention à long terme), plutôt que des personnes très âgées (prise en charge symptomatique à court terme).

- le statut de spécialiste : les médecins coordonnateurs ne sont pas reconnus par leurs confrères comme des médecins spécialistes, ils sont recrutés parmi les généralistes pour leur « proximité » géographique et philosophique avec leurs confrères, ce qui implique que, malgré les formations et les diplômes, leurs avis ne sont que peu ou pas suivis, alors qu'une ordonnance qui a été modifiée en milieu hospitalier a plus de chances de faire l'objet d'une modification de prescription.

IV.d) Les limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites certes, mais soulignons qu'elle reste étonnement significative puisque les principaux résultats sont très homogènes avec le rapport ministériel VERGER (Politique du médicament en EHPAD. Décembre 2013) et des études citées qui analyse des effectifs bien plus important.

Les principales limites tiennent à la taille de l'effectif, et à l'analyse rétrospective.

Nous avons également retenu les biais suivants :

- un biais de recrutement ; le recueil des données ayant été réalisé dans les établissements où nous travaillons.
- un biais de mesure serait à signaler concernant le recueil des données,
- la subjectivité de notre avis concernant la pertinence des prescriptions médicamenteuses . Ce biais est du au fait que aucun consensus, aucune règle de bonne pratique n'existent à ce jour concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé.
- enfin, l'éthique des uns n'est pas l'éthique des autres

V) CONCLUSION

Notre travail nous a montré que la prescription après 95 ans était finalement la même que avant 95 ans : cette tranche d'âge n'est pas épargnée par la polymédication, ni par la prescription de médicaments inappropriés. Ceci pourrait être déjà amélioré dans deux tiers des cas , en appliquant des principes simples de relecture d'ordonnance sous l'éclairage d' outils validés par la communauté médicale . Par ailleurs , même si l' âge en lui même ne doit pas être un critère décisionnel , il nous semble normal que l'on puisse s'interroger sur certaines médications , même légitimes , dans des contextes de grande dépendance ou de grande précarité . Actuellement, il n'existe aucune recommandation « autorisant » le médecin à supprimer certaines thérapeutiques sous prétexte d'un âge très avancé. Il n'existe aucun critère « scientifique » pour déterminer à partir de quel moment ou à partir de quel seuil le traitement devient de l'obstination déraisonnable

Pourtant, nous assistons bien à une inutilité progressive (SAUNDERS, « La vie aidant la mort »1967) de nos médications chez le patient, essentiellement à cause du facteur temps. Par exemple la prévention cardiovasculaire, potentiellement délétère voire mortelle.

Il faut donc accepter que le prescripteur en EHPAD se saisisse d'exigences éthiques et non purement scientifique pour prescrire. Le médecin peut s'aider des outils précédemment cités dans ce travail, mais seuls des outils du champ éthiques peuvent s'intégrer dans la démarche réflexive et l'aider à décider, en tenant compte de la confrontation à ce dilemme Age/utilité (comme la DDE, décision après démarche éthique).

Actuellement, « prescrire » est facile, « ne pas prescrire » est moins facile mais « déprescrire » ne fait pas partie de la formation initiale des medecins et s'avère parfois téméraire notamment envers les familles ...

Il est probablement impossible de faire des études « centenaire randomisé double

aveugle contre placebo » ! Il faut donc que le corps médical en gériatrie accepte l'incertitude et la prise de risque consubstantielle à la médecine et laisse l'éthique et le regard simplement humain guider ses prescriptions...

Vaste chantier de travail qui vient quelque peu bousculer les certitudes contemporaines ...

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS : « Consommation Médicamenteuse chez le Sujet gé* / Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance » Professeur Sylvie Legrain ; 2005.
2. Beers MH, Ouslander JG , Rollinger I, Reuben DB, Brooks J ,Beck JC.Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents.UCLA Division of Geriatric Medicine.Arch Intern Med 1991;151(9):1825-32 ;
3. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française Potentially inappropriate medications in the elderly: Interest of a list adapted to the French medical practice ; M.-L. Laroche a, F. Bouthier b, L. Merle a, J.-P. Charnes b. ; 2009.
4. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. févr 2008;46(2):72- 83.
5. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. Pharmactuel. 2016 Jan 3;49(1).
6. Décider dans les situations du grand âge. Renée Sebag-Lanoë ; "Fins de vie, éthique et société" ; 2016.
7. Grille de questionnement éthique Renée Sebago Lanoë « soigner le grand âge » Ed Descelle de Brouwer ; paris 1992
8. Herr M, Grondin H, Sanchez S, Armaingaud D, Blochet C, Vial A, Denormandie P, Ankri J.Eur J Clin Pharmacol . 2017 mai; 73 (5): 601-608.
9. Haute Autorité de Santé ; Les anticoagulants oraux - Evaluations des technologies de Santé ; juin 2018
10. étude ASPREE ; New England Journal of Medicine ; septembre 2018

11. Haute Autorité de Santé ; Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ; octobre 2007
12. La réflexion éthique ; mobiquat ; maladie Alzheimer et apparentées
13. Mazzocato C , David S, Benaroyo L ,Monod S .Polymédication et personne âgée: ni trop ni trop peu!Rev Med Suisse 2013;9:1026-1031
14. Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Arch Intern Med 2006;166:605-9.
15. The Good Palliative-Geriatric Practice (GPGP) algorithm. D. Garfinkel, S. Zur-Gil, J. Ben-Israel, The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-positive approach for improving drug therapy in disabled elderly people, Isr. Med. Assoc. J. 9 (2007) 430-434.

ANNEXES

Fiche de renseignement établissement

Structure rattachée à un hôpital / territorial ville / rural
 Privé lucratif / privé non lucratif / public

Capacités d'accueil : (nombre de lits par secteur)

 hébergement permanent : temporaire :

 Unité classique : unité Alzheimer :

 UHR : USLD :

 PASA : accueil de jour :

 Autre particularité :

Prescripteurs : médecin coordinateur :

 Médecins salariés : médecins libéraux :

 Spécialité / Formation à la gériatrie :

 Fréquence des visites / renouvellement :

 Disponibilité / pathologies aiguës :

 Habitudes de prescription / Réévaluation de l'ordonnance :

. Annexe 1

Fiche de renseignement résident

Code identité :

Age :

sexe :

durée de séjour :

Antécédents médicaux (et date d'apparition approximative)

Pathologies aiguës récentes :

Unité d'accueil :

Soins palliatifs :

Biométrie :

Poids :

TA :

Débit créatinine (CKD-EPI) :

albumine :

HbA1c :

TSH :

. Annexe 2

1
née le 08/01/1915 (104 ans). Sexe F
Pds 53.1 Kg Taille 155 Cm IMC 22.10

Le Mercredi 2 Octobre 2019 à 16h22

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

COVERAM 5 mg/5 mg Cpr 3Pilul/30 (amlodipine (bésilate) * 5 mg + périndopril arginine * 5 mg)
1 COMPRIMÉ(S) TOUS LES JOURS => 1 à 8h

DISCOTRINE 5 mg/24 h Disp transderm Sach/30 (trinitrine * 5 mg/24 h)
1 DISPOSITIF(S) TRANSDERMIQUE(S) TOUS LES JOURS => 1 à 8h

KARDEGIC 160 mg Pdr sol buv 30Sach (acide acétylsalicylique (sel de lysine) * 160 mg)
1 SACHET(S) TOUS LES JOURS => 1 à 8h

TAHOR 10 mg Cpr pell Plq/50 (atorvastatine (calcique) * 10 mg)
1 COMPRIMÉ(S) TOUS LES JOURS => 1 à 18h

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

ALPRAZOLAM ALTER 0,25 mg Cpr séc Plq/30 (alprazolam * 0,25 mg)
1 COMPRIMÉ(S) TOUS LES JOURS => 1 à 20h

COLPOTROPHINE 10 mg Caps vag B/20 (promestriène * 10 mg)
1 Lun, Ven => 1 à 20h

DITROPAN 5 mg Cpr séc B/60 (oxybutynine chlorhydrate * 5 mg)
1.5 COMPRIMÉ(S) TOUS LES JOURS => 0.5 à 8h + 0.5 à 12h + 0.5 à 18h

ESOMEPRAZOLE ACTAVIS FRANCE 20 mg Cpr gastro-rés Plq alu/28 (ésoméprazole (magnésium) * 20 mg)
1 COMPRIMÉ(S) TOUS LES JOURS => 1 à 18h

LACRYVISC Gel ophthm en tube T/15g (carbonère 974 p * 0,3 %)
3 APPLICATION(S) TOUS LES JOURS => 1 à 8h + 1 à 12h + 1 à 18h

MOVICOL Pdr sol buv en sachet sans arôme Sach/20 (bicarbonate de sodium * 178,6 mg + macrogol 3350 * 13.125 g + pc)
1 SACHET(S) TOUS LES JOURS => 1 à 8h

ZYMAD 80 000 UI S buv Amp/2ml (colécalciférol * 80 000 ui/2 ml)
1 AMPOULE(S) TOUS LES 90 JOURS

Com Presc: 1 amp le 1^o de chaque Trimestre : janv avril juillet octobre

Sauf mention contraire, les médicaments prescrits peuvent être substitués par votre pharmacien.

. Annexe 4 : Ordonnance numéro deux

Poids : 60 kg (10/09/2019) - Taille : 168 cm - IMC 21

ORDONNANCE

2

Nombre de lignes : 15.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **ALDACTONE 25MG CPR SECABLE 30 (Spironolactone)** orale
1 comprimé à 8h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **CARDENSIEL 1,25MG CPR 30 (Bisoprolol)** orale
1 comprimé à 8h et 19h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **INEXUM 40MG CPR 28 (Esomeprazole)** orale
1 comprimé à 19h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **KARDEGIC 75MG SACHET 30 (Acétylsalicylate de DL-lysine)** orale
1 sachet à 8h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **LASILX FAIBLE 20MG CPR 30 (Furosemide)** orale
1 comprimé à 8h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **PREVISCAN 20MG CPR SECABLE 30X1 (Fluindione)** orale
J1 $\frac{3}{4}$ comprimé à 19h
J2 $\frac{1}{2}$ comprimé à 19h
J3 $\frac{1}{2}$ comprimé à 19h
adapter selon INR
Tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **TAHOR 80MG CPR 28 (Atorvastatine)** orale
1 comprimé à 19h, tous les jours pendant 28 jours

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **DOLIPRANE 1 000MG CPR 8 (Paracétamol)** orale
1 comprimé à 8h, 12h et 19h, Si douleur Si besoin, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **FORLAX 10G SACHET 20 (Macrogol 4000)** orale
1 sachet à 8h, tous les jours pendant 28 jours

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **TANAKAN 40MG CPR 30 (Ginkgo)** orale
1 comprimé à 8h, 12h et 19h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **TRIA TEC 2,5MG CPR SECABLE 30 (Ramipril)** orale
1 comprimé à 8h et 19h, tous les jours pendant 28 jours

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **MOVANE 3,75MG CPR 14 (Zopiclone)** orale
1 comprimé à 21h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **LEVOTHYROX 75MCG CPR SECABLE 30 (Lévothyroxine sodique)** orale
1 comprimé à 8h, tous les jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **NERISONE CR TUB 30G (Diflucortolone)** cutanée
1 application à 12h, tous les 3 jours pendant 28 jours

La prise de ce médicament relève de la vie courante.
Traitement de fond **ZYMAD 80 000UI AMP BUV 2ML 1 (Cholécalciférol)** orale
1 ampoule à 8h, tous les premiers lundis du mois pendant 28 jours

LEXIQUE

HAS : Haute Autorité de Santé

GIR : Groupe Iso-Ressource

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

NACO : Nouveaux Anticoagulant Oraux