

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2008

N° 24

**THESE**  
pour le

***DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE***

**Médecine générale**

Par

**Aude TANGUY- GOURAUD**

Née le 09 août 1978 à Ris-Orangis

---

Présentée et soutenue publiquement le 10 septembre 2008

---

**La déprescription chez le sujet âgé :  
« À propos des prescriptions de l'entrée jusqu'à la sortie  
d'un service de médecine polyvalente gériatrique ».**

---

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent OULD AOUDIA

## ABREVIATIONS

AAP	anti-agrégants plaquettaires
ACFA	arythmie complète par fibrillation auriculaire
AEG	altération de l'état général
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARA2	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II
AVK	Antivitamine K
BAV	Bloc auriculo-ventriculaire
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
BZD	Benzodiazépine
ECG	Electrocardiogramme
EIM	Effet Indésirable Médicamenteux
EP	Embolie pulmonaire
HAS	Haute Autorité de Santé
Hb	Hémoglobine
HTA	Hypertension Artérielle
IDM	Infarctus du Myocarde
IEC	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
INR	International Normalized Ratio
MDR	Maison de retraite
MMS	Mini Mental Status
MPG	Médecine polyvalente gériatrique
PIM	Médicament potentiellement inapproprié (Potentially Inappropriate Medication)
SLD	Soins de longue durée
SMR	Service médical rendu
TSH	Thyréostimuline
TVP	Thrombose veineuse profonde
UGD	Ulcère gastro-duodéal

# TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION.....	6
2.	MISE AU POINT SUR LA DEPRESCRIPTION .....	8
	2.1. Définition de la déprescription .....	8
	2.2. Mise au point des connaissances sur la déprescription .....	8
3.	MATERIEL ET METHODES, OBJECTIFS.....	11
	3.1. Matériel .....	11
	3.1.1. Sélection des dossiers .....	11
	3.1.2. Recueil de données .....	11
	3.1.3. Analyse statistique .....	12
	3.2. Objectifs de l'étude .....	13
	3.2.1. Objectif principal .....	13
	3.2.2. Objectif secondaire .....	13
	3.3. Critères de jugement.....	13
	3.3.1. Critère de jugement principal .....	13
	3.3.2. Critères de jugement secondaire .....	13
4.	RESULTATS .....	15
	4.1. Population étudiée .....	15
	4.1.1. Données épidémiologiques.....	15
	4.1.2. Durée d'hospitalisation.....	16
	4.1.3. Motifs d'hospitalisation.....	16
	4.1.3.1. Ensemble de la population étudiée .....	16
	4.1.3.2. Selon le lieu de vie .....	17
	4.1.4. Etat cognitif .....	17
	4.1.5. Biométrie .....	17
	4.1.6. Bilan biologique .....	18
	4.2. Etude des traitements sur l'ordonnance de ville et à la sortie de l'hôpital.....	19
	4.2.1. Nombre de médicaments .....	19
	4.2.2. Classes médicamenteuses sur l'ordonnance de ville .....	21
	4.2.3. Médicaments supprimés à l'entrée (J0) .....	22

4.2.4.	Médicaments supprimés au cours de l'hospitalisation .....	25
4.2.5.	Analyse des motifs de retrait et classes médicamenteuses concernées .....	27
5.	DISCUSSION .....	31
5.1.	Enjeux de la déprescription : Pourquoi déprescrire ? .....	31
5.1.1.	Facteurs liés au médicament .....	31
5.1.1.1.	Utilisation de médicaments potentiellement inadaptés .....	33
5.1.1.2.	Effets indésirables médicamenteux (EIM) .....	34
5.1.1.3.	Surconsommation ou « Overuse » .....	35
5.1.1.4.	Utilisation inadaptée ou « Misuse » .....	37
5.1.1.5.	Conséquences sur l'ordonnance de sortie .....	39
5.1.2.	Facteurs liés au patient et à son environnement .....	39
5.1.2.1.	Culture médicale du patient et de son entourage .....	39
5.1.2.2.	Le patient et ses médicaments : lien affectif, demandes croissantes .....	40
5.1.2.3.	Nomadisme médical .....	41
5.1.2.4.	Entourage du patient .....	41
5.1.2.5.	Retour à domicile après hospitalisation .....	42
5.1.2.6.	Inscription de la déprescription dans l'avenir .....	43
5.1.3.	Conditions particulières de la déprescription chez le sujet âgé .....	45
5.1.3.1.	En fonction du lieu de vie .....	45
5.1.3.2.	Consultation gériatrique .....	46
5.1.3.3.	Prise en charge du patient dément .....	48
5.1.3.4.	Prise en charge du patient en fin de vie .....	48
5.2.	Limites de l'étude .....	50
6.	CONCLUSION .....	51
7.	BIBLIOGRAPHIE .....	53
8.	ANNEXES .....	57

*« A trop guérir on fait trop souffrir, à trop guérir on fait mourir »*  
A. SOLJENITSYNE

# 1. INTRODUCTION

Le vieillissement normal entraîne des modifications physiologiques communes à tous les sujets, mais est un processus variable d'un individu à un autre. La population des personnes âgées est hétérogène. Il existe effectivement une grande différence entre un sujet de 75 ans sans pathologie ou avec une pathologie bien équilibrée, actif et bien entouré, et un sujet de 85 ans polypathologique, prenant de nombreux médicaments, ayant perdu en partie au moins son autonomie physique et/ou psychique, isolé sur le plan social. Une baisse des capacités ne provoque cependant pas systématiquement d'insuffisance de fonction en l'absence de maladie surajoutée : l'âge n'est pas à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction [1]. Il est ainsi important de tenir compte des changements physiologiques liés à l'âge du patient lors de la prescription d'un nouveau traitement : insuffisance rénale, baisse de la clairance hépatique, sensibilité accrue à l'hypotension orthostatique, hypotonie musculaire lisse, instabilité posturale favorisant les chutes, déficit cognitif sous jacent, intolérance glucidique qui constituent une baisse des réserves physiologiques [2]. La mise à jour régulière de l'ordonnance est donc indispensable chez le sujet âgé dans ce contexte de fragilité et si la prescription de nouveaux traitements fait l'objet d'une balance bénéfique/risque, savoir retirer des médicaments qui n'ont pas ou plus leur place dans l'ordonnance actuelle est aussi important.

Notre étude porte sur l'étude des médicaments déprescrits à l'entrée en hospitalisation puis en cours d'hospitalisation dans le service de Médecine Polyvalente Gériatrique de l'hôpital Bellier. Ceci permet une étude des médicaments retirés dès l'entrée dans le service, c'est-à-dire non retranscrits de l'ordonnance de ville sur l'ordonnance hospitalière, puis en cours de séjour où ont pu être réalisés une évaluation globale du patient et des examens complémentaires incitant à retirer certains traitements. Une mise en parallèle avec des référentiels concernant la prescription de médicaments inappropriés chez le sujet âgé a ensuite été faite.

La déprescription n'a cependant pas uniquement qu'un intérêt quantitatif : on ne retire pas un médicament de l'ordonnance simplement pour alléger le contenu de celle-ci. Déprescrire conduit à une réflexion plus large sur le rapport qu'entretient le patient avec ses médicaments.

Ses pathologies et son traitement font partie de sa vie : hospitalisations, consultations chez le médecin traitant, environnement social, aide d'une infirmière pour la distribution des médicaments, consultations spécialisées chez le gériatre, ou encore dispensation des médicaments par le pharmacien.

La déprescription répond donc à un besoin de rationalisation : optimisation des traitements en brisant la chaîne de cumul des traitements pour la remplacer par une approche tenant compte du patient dans sa globalité.

## **2. MISE AU POINT SUR LA DEPRESCRIPTION**

### **2.1. Définition de la déprescription**

Le terme de déprescription est défini comme un arrêt « volontariste » d'un médicament selon P. Queneau [3]. Devant les données de la consommation de médicaments inappropriés et leurs effets indésirables chez certaines personnes âgées, P. Queneau, J. Doucet et F. Paille, attirent l'attention des médecins sur la nécessité d'arrêter des traitements inutiles ou à risque d'effets indésirables [3,4,5].

### **2.2. Mise au point des connaissances sur la déprescription**

Plusieurs travaux ont étudié les médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé et conseillé d'éviter leur prescription ou de les retirer de l'ordonnance d'un sujet âgé. Les facteurs de risque de prescription de médicament potentiellement inapproprié ont été analysés en 1989 par Beers et Ouslander [6]. Ils proposent une grille permettant l'analyse du traitement polymédicamenteux d'un sujet âgé, énoncent les traitements qui lui sont peu adaptés, et font leurs recommandations pour les traitements qui requièrent une compréhension des processus de vieillissement, une bonne connaissance des médicaments prescrits et la détection rapide de présence d'effets indésirables. Ils conseillaient déjà de réviser l'ordonnance des sujets âgés, de prendre en compte tous les traitements prescrits par plusieurs médecins ainsi que ceux de l'automédication, ainsi que la hiérarchisation des traitements pris, et concluaient qu'éliminer les traitements non indispensables était nécessaire.

En 1991, Beers et al. ont publié, en s'appuyant sur une cohorte de sujets âgés de plus de 65 ans vivants en maison de retraite, des recommandations établies par un consensus d'experts selon la méthode Delphi [7]. Cette méthode a permis d'établir un guide d'utilisation inappropriée de certains médicaments. Les critères ont été réévalués en 1997 [8], en tenant compte de l'évolution thérapeutique, des critères de gravité, et intégrant des traitements inappropriés utilisés dans le cadre de certaines pathologies. De nombreux auteurs ont alors étudié d'autres populations : patients âgés vivant à domicile [8], en soins de longue durée, consultant en cabinet de ville, en tenant compte des critères de Beers [7], parfois modifiés pour les traitements utilisés dans certains pays [9]. Ainsi pour la France, où certains des

traitements proposés dans ces listes ne sont pas commercialisés, un groupe de travail a été constitué dans le cadre de l'Etude des Trois Cités [10] afin d'élaborer une liste de médicament inappropriés adaptée à la pratique médicale française. Il existe effectivement un besoin de référentiels sur les traitements pouvant être délétères chez le sujet âgé.

La déprescription implique une mise en oeuvre de priorités thérapeutiques : le bon usage du médicament repose sur le respect du libellé de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la prise en compte des caractéristiques du produit ainsi que l'utilisation des traitements les plus efficaces ayant un service médical rendu (SMR) égal ou supérieur à 4 (ainsi pour S.C.Montamat 17 à 25 % des prescriptions proposées n'ont pas une efficacité suffisante [11]). Il existe 3 cas de figure où il paraît légitime d'arrêter un traitement [12] : arrêt pouvant être momentané et préventif lors de symptômes ou maladies aiguës car celui-ci pourrait favoriser la survenue d'un effet indésirable médicamenteux, arrêt temporaire ou permanent des traitements ayant perdu leur cible initiale, arrêt en raison d'une espérance de vie courte.

Les organismes tels l'HAS et l'AFSSAPS ont édité récemment plusieurs démarches et recommandations afin d'encadrer et d'aider les praticiens dans leur démarche de révision de l'ordonnance du sujet âgé. En 2005, l'AFSSAPS [13] a publié une « mise au point sur la prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé » comprenant les principaux facteurs à prendre en compte dans ce groupe, des recommandations encadrant la rédaction de l'ordonnance chez un sujet âgé, et une synthèse par classe thérapeutique permettant de mettre en exergue la surveillance nécessaire autour des prescriptions ainsi que l'évaluation de l'indication. En 2006, c'est l'HAS [14] qui a édité, dans le cadre de l'évaluation et amélioration des pratiques, un guide « prescrire chez le sujet âgé » pour aider le médecin traitant, les prescripteurs hospitaliers ou occasionnels à mieux gérer le risque iatrogène, à favoriser l'observance et éviter tout traitement jugé inutile. Dans ces 2 documents, l'accent est mis sur la nécessité de réviser l'ordonnance, au mieux lors d'une consultation spécifique et effectuer une liste hiérarchisée des pathologies à traiter. [13,14]

P. Queneau propose un plan en 6 points au médecin prescripteur qui sera amené à l'avenir à établir un « planning » de déprescription [15] : 1/ établir avec le patient et son entourage le liste complète des médicaments qu'il prend (prescrits par l'ensemble des médecins prescripteurs pour ce patient ainsi qu'en automédication), 2/ évaluer l'observance thérapeutique, 3/ identifier les traitements pouvant être retirés de l'ordonnance, 4/ établir un

planning de déprescription, 5/ le justifier auprès du malade afin d'avoir toute son adhésion, 6/ surveiller de façon étroite le patient après les déprescriptions. Ceci ne paraît cependant applicable qu'aux patients ne présentant pas de syndrome démentiel, aptes à participer au plan de soins présenté par le praticien.

Ce plan est peu applicable dans les situations de fin de vie, en hospitalisation ou consultation gériatrique spécialisée, où les conditions de prescription et de déprescriptions sont particulières.

## **3. MATERIEL ET METHODES, OBJECTIFS**

### **3.1. Matériel**

#### **3.1.1. Sélection des dossiers**

Notre étude a concerné tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés en entrée directe dans la période du 01/01/07 au 23/02/07 dans le service de Médecine Polyvalente Gériatrique (MPG) de l'hôpital Bellier composée de 2 unités de soins de 17 et 19 lits. Le recueil des données s'est fait sur les dossiers des patients hospitalisés, soit 36 lits. Cent soixante dossiers de patients hospitalisés de façon consécutive dans cette période ont été consultés. N'ont été retenus que les dossiers de patients dont le mode d'hospitalisation était une entrée directe afin d'éviter d'éventuelles modifications de traitement dans un autre service de soins, soit 89 dossiers au total.

Les patients décédés pendant l'hospitalisation ont été exclus de l'étude.

#### **3.1.2. Recueil de données**

Le recueil a été rétrospectif, les renseignements concernant les patients sélectionnés ont été directement colligés dans une grille de recueil (annexe) depuis leur dossier médical.

Le recueil de données dans les dossiers a concerné des données :

Administratives : âge, sexe, date entrée, lieu de vie (domicile, maison de retraite ou unité de soins de longue durée) ;

Médicales : durée hospitalisation (en jours), motif d'hospitalisation, démence connue avant l'hospitalisation, Mini Mental Status antérieur le cas échéant, antécédents ;

Biologiques : bilan pratiqué à l'entrée en hospitalisation,

Biométriques : valeurs du poids en hospitalisation suivi du poids habituel si présent dans le dossier,

Pharmacologiques (traitement pris par le patient indiqué sur l'ordonnance de ville) : pour chaque médicament pris par le patient : nom de la spécialité en Dénomination Commune Internationale, classe médicamenteuse, retrait ou non en début d'hospitalisation, raison du

retrait, jour de révision du traitement, substitution ou non du médicament en cours d'hospitalisation, classe du traitement de substitution, complications éventuelles liées au retrait du traitement donné initialement, réintroduction éventuelle de la spécialité en cours d'hospitalisation, et reconduction du médicament de départ ou du médicament de substitution sur l'ordonnance de sortie du patient.

### **3.1.3. Analyse statistique**

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 11.5 pour Windows. L'unité statistique retenue était le patient.

Une analyse descriptive des patients inclus a été effectuée. Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'échantillon et selon le lieu de vie antérieur du patient; ils sont exprimés sous forme de moyenne ( $\pm$  écart-type), médiane (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage (pour les variables qualitatives).

L'étude descriptive des traitements pris par les patients avant l'hospitalisation, les retraits éventuels et motifs associés à l'entrée puis au cours de l'hospitalisation a été menée également sur l'ensemble de l'échantillon, et selon le lieu de vie antérieur du patient (en regroupant les modalités 'établissement de soins de longue durée' et 'maison de retraite/ foyer logement' du fait du faible effectif de cette première modalité).

Dans un second temps, l'analyse comparative selon le lieu de vie antérieur du patient a fait appel à des tests paramétriques bilatéraux (test T de Student pour les variables quantitatives, test du Chi-2 de Pearson pour les variables qualitatives), avec un seuil de significativité fixé à 5%.

## **3.2. Objectifs de l'étude**

### **3.2.1. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les médicaments déprescrits chez les patients âgés de plus de 75 ans en cours d'hospitalisation dans une unité de gériatrie aigue.

L'étude de chaque prescription a été faite en fonction des données notées dans le dossier concernant la modification de l'ordonnance hospitalière, si le motif de retrait d'un traitement était explicité ou non dans les pages de l'observation médicale.

### **3.2.2. Objectif secondaire**

Mettre en évidence les médicaments pris chez ces sujets de plus de 75 ans en fonction de leur lieu de vie (domicile, maison de retraite ou SLD).

## **3.3. Critères de jugement**

### **3.3.1. Critère de jugement principal**

Evolution du traitement pris par les patients au cours de l'hospitalisation par l'analyse de l'ordonnance :

- Au jour de leur arrivée dans le service (ordonnance de ville),
- Ordonnance hospitalière à l'arrivée du patient,
- Evolution de l'ordonnance hospitalière : traitements retirés au cours du séjour hospitalier et la raison de ce retrait.

### **3.3.2. Critères de jugement secondaire**

Analyse de l'épidémiologie des patients de plus de 75 ans hospitalisés en entrée directe dans cette période :

- Données civiles : âge, sexe, durée de séjour, lieu de vie,
- Antécédents, dont antécédents de démence connus avec un MMS de référence si la donnée était disponible
- Motif principal d'hospitalisation

## **4. RESULTATS**

### **4.1. Population étudiée**

#### **4.1.1. Données épidémiologiques**

Dans la population de 89 patients étudiés dans le service de gériatrie, l'âge moyen est de 84,6 ans et l'âge médian de 84 ans. Il existe une nette prédominance féminine : 73% de femmes pour 27 % d'hommes. Cette prédominance féminine est retrouvée dans les 3 lieux de vie : 69,6 % sont des patients vivant à domicile sont des femmes, 79,3% en maison de retraite et 75 % en établissement de soins de longue durée. Le nombre de femmes et d'hommes ne varie pas de façon significative entre les différents lieux de vie (domicile ou institution). La répartition en faveur du sexe féminin est courante dans ce type d'études [16], avec ici une répartition trois-quarts / un quart en faveur des femmes.

La majorité des patients étudiés (62,9%) vivent à domicile, 32,6 % vivent en maison de retraite et 4,5% vivent en établissement de longue durée (SLD).

Les patients vivant en institution sont significativement plus âgés (moyenne d'âge 86,4 ans) que les patients vivant à domicile (moyenne d'âge 83,5 ans) ( $p < 0,005$ ). (Moyenne de 87 ans chez les patients vivant en maison de retraite et de 82 ans chez les patients vivant en service de soins de longue durée).

Tableau 1. Principaux antécédents des patients.

Spécialité médicale	Antécédents	Pourcentages (%)
Cardio-vasculaire	HTA	53,9
	ACFA	25,8
	Cardiopathie ischémique / IDM / Angor	23,6
	Embolie pulmonaire/phlébite	14,6
	Valvulopathie	12,4
Neurologie / psychiatrie	Accident vasculaire cérébral	20,2
	Syndrome dépressif	19,1
	Syndrome démentiel	30,3
Pneumologie	BPCO	3,4
Néphro-urologique	Insuffisance rénale chronique	12,4
	Adénome prostatique	6,7
Gastro-entérologie	UGD/gastrite/hernie hiatale	13,5
	Oenolisme chronique	7,9
Endocrinologie	Ostéoporose	14,6
	Dyslipidémie	14,6
	Diabète	13,5
Autres	Allergies médicamenteuses	7,9
	Néoplasie cutanée	9

Les autres antécédents des patients sont consultables en annexe 3.

#### **4.1.2. Durée d'hospitalisation**

La durée d'hospitalisation moyenne est de 13,82 jours ( $\pm$  8,96), pour une durée médiane de 12 jours. La moyenne de durée de séjour ne varie pas de façon significative pour les patients issus du domicile 14,9 jours ( $\pm$  10,3) et pour les patients en maison de retraite ou SLD : 12 jours ( $\pm$  5,6) (maison de retraite 12,3 j et établissement de soins de longue durée : 9,8 jours).

#### **4.1.3. Motifs d'hospitalisation**

##### **4.1.3.1. Ensemble de la population étudiée**

Les motifs d'hospitalisation les plus rencontrés sont :

- altération de l'état général 24,7%,
- troubles psychocomportementaux 11,2%,
- chutes 9%,
- anémie 5,6%,
- décompensation cardiaque 4,4%,

- perte d'autonomie 4,5%,  
-dyspnée (2,2%), plaies chroniques (2,2%), syndrome dépressif (2,2%), syndrome inflammatoire biologique (2,2%), trouble des fonctions supérieures (2,2%).

Les autres motifs d'hospitalisation consultables en annexe 2.

#### **4.1.3.2. Selon le lieu de vie**

Chez les sujets vivant à domicile, les motifs principaux sont l'altération de l'état général (AEG) 30,4%, les chutes 8,9 %, les troubles psychocomportementaux 7,1 % puis la perte d'autonomie 5,4%. Chez les sujets en maison de retraite, l'AEG prédomine également avec 17,2 %, puis les chutes 10,3%, enfin l'anémie 10,3%. Les sujets vivant en soins de longue durée sont hospitalisés pour des troubles digestifs (1 cas), des douleurs diffuses (1), un syndrome inflammatoire biologique (1) et état de mal convulsif (1) pour un total de 4 patients.

#### **4.1.4. Etat cognitif**

Le MMS antérieur connu minimum était de 7 et le maximum de 28. Les patients vivant en institution présentaient significativement plus d'antécédents de démence : 51,5 % versus 17,9 % à domicile ( $p < 0,01$ ).

#### **4.1.5. Biométrie**

La donnée du poids habituel des patients était peu retranscrite dans les dossiers avec seulement 19 données valides pour les 89 patients. La moyenne était de 55,4 kg, avec un minimum de 37,5 kg et un maximum de 80 kg. La moyenne du poids en cours d'hospitalisation est de 61,3 kg.

#### 4.1.6. Bilan biologique

- Les ionogrammes à l'entrée révèlent qu'environ 1 patient/5 avait une dysnatrémie.
- Environ 2/3 des patients avaient un bilan hépatique normal.
- Il existe une anémie chez près de la moitié des patients hospitalisés.
- 69,6 % des patients ont eu un dosage de la TSH à l'entrée dans le service, dosage pourtant habituel dans le bilan d'entrée des patients dans un service de gériatrie.

Tableau 2. Caractéristiques du bilan biologique des patients étudiés.

<b>Biologie</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Natrémie normale	70	79,5
Hyponatrémie	16	18,2
Hypernatrémie	2	2,3
Kaliémie normale	74	83,1
Hypokaliémie	12	13,5
Hyperkaliémie	3	3,4
Bilan hépatique normal	57	64
Cholestase hépatique	9	10,1
Cytolyse hépatique	3	3,4
Cytolyse et cholestase hépatique	5	5,6
Taux d'hémoglobine normal	47	52,8
Anémie indéfinie	20	22,5
Anémie peu/non régénérative	22	24,7
Nombre de leucocytes normal	71	79,8
Leucopénie	6	6,7
Hyperleucocytose	12	13,5
Nombre de plaquettes normal	72	80,9
Thrombopénie	11	12,4
Thrombocytose	6	6,7
TSH normale	56	62,9
Hypothyroïdie	6	6,7
Dosage non réalisé de la TSH	27	30,3

Tableau 3. Moyenne et écart type de l'albuminémie, de la clairance de la créatinine, de l'INR et de la CRP des patients étudiés.

<b>Biologie</b>	<b>Moyenne (± écart type)</b>
Albuminémie	34,30 (± 5,65)
Clairance de la créatinine	44,23 (± 21,50)
INR	2,39 (± 1,12)
CRP	53,20 (± 66,71)

## **4.2. Etude des traitements sur l'ordonnance de ville et à la sortie de l'hôpital**

### **4.2.1. Nombre de médicaments**

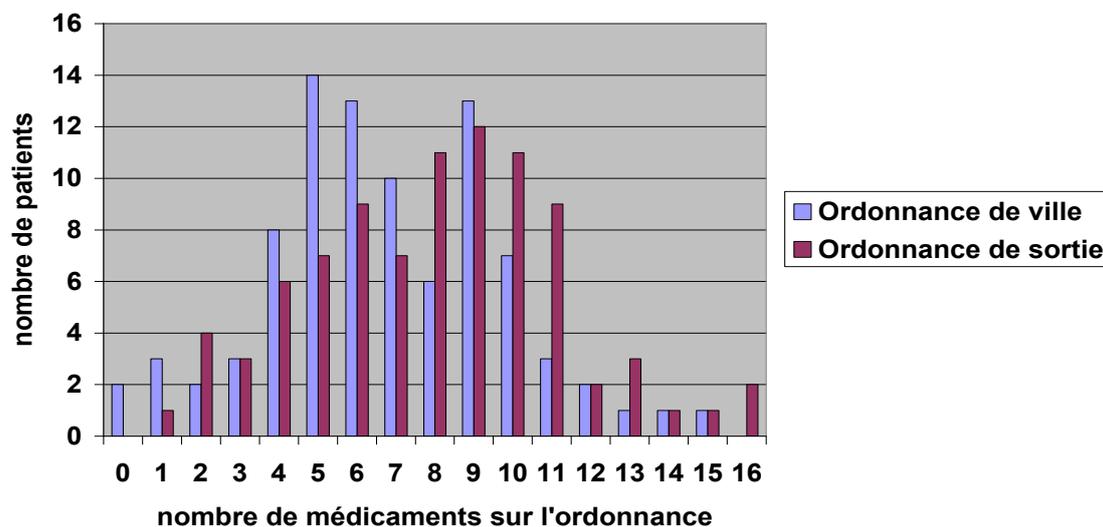
On observe en moyenne un ajout de médicaments sur l'ordonnance des patients vivant à domicile alors qu'un retrait de deux médicaments en moyenne est effectué en SLD.

Tableau 4. Valeur moyenne et écart type du nombre de médicaments ajoutés ou retirés en cours d'hospitalisation.

		<b>Lieu de vie antérieur du patient</b>		
		<b>Domicile (n=56)</b>	<b>Maison de retraite/ foyer logement (n=29)</b>	<b>Etablissement de soins de longue durée (n=4)</b>
Moyenne des médicaments par ordonnance	Ordonnance de ville	6,4 ±3,0	7,3 ±3,1	7,8 ±2,6
	Ordonnance de sortie	8,1 ±3,4	7,9 ±2,8	5,8 ±4,3
	Différence sortie- entrée	1,8 ±3,5	0,7 ±3,0	-2,0 ±3,6

Les tableaux des effectifs de patients en fonction du nombre de médicaments consommés à l'entrée puis à la sortie d'hospitalisation sont consultables en annexe 4 et 5.

Schéma 1. Nombre de médicaments sur l'ordonnance de ville (entrée) et sur l'ordonnance de sortie d'hospitalisation.



On observe un décalage vers la droite de la courbe en faveur d'un plus grand nombre de médicaments sur l'ordonnance de sortie par rapport à l'ordonnance d'entrée.

Le tableau concernant le nombre de médicaments retirés ou ajouté à l'ordonnance est consultable en annexe 6.

#### 4.2.2. Classes médicamenteuses sur l'ordonnance de ville

Tableau 5. Classes médicamenteuses prescrites sur l'ordonnance de ville des patients étudiés.

Les effectifs de patients vivant en établissement de soins de longue durée étant très faibles (n=4), ils ont été pris en compte avec les patients vivant en institution.

	Lieu de vie antérieur du patient				Total (n=89)	
	Domicile (n=56)		Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD (n=33)			
	Effectif (patients)	%	Effectif (patients)	%	Effectif (patients)	%
Anxiolytiques	20	35,7	14	42,4	34	38,2
Antidépresseurs	12	21,4	19	57,6	31	34,8
Hypnotiques	11	19,6	7	21,2	18	20,2
Neuroleptiques	7	12,5	4	12,1	11	12,4
Traitements des troubles cognitifs	4	7,1	6	18,2	10	11,2
Vasodilatateurs cérébraux	3	5,4	3	9,1	6	6,7
Autres traitements à visée neurologique	4	7,1	4	12,1	8	9,0
Diurétiques	23	41,1	10	30,3	33	37,1
AAP	21	37,5	12	36,4	33	37,1
Traitements cardiaques à visée anti-angineuse	19	33,9	9	27,3	28	31,5
IEC/ARA2	15	26,8	8	24,2	23	25,8
Bêta-bloquants	16	28,6	5	15,2	21	23,6
AVK	14	25,0	3	9,1	17	19,1
Inhibiteurs calciques	12	21,4	4	12,1	16	18,0
Anti-arythmiques autres	11	19,6	5	15,2	16	18,0
Associations diurétique et IEC/ARA2	5	8,9	2	6,1	7	7,9
Digoxine	4	7,1	0	0	4	4,5
Associations diurétique, IEC/ARA2 et bêta-bloquant	1	1,8	0	0	1	1,1
Associations diurétique et bêta-bloquant	1	1,8	0	0	1	1,1
Antalgiques non morphiniques	14	25,0	22	66,7	36	40,5
Antalgiques morphiniques	2	3,6	2	6,1	4	4,5
AINS	1	1,8	0	0	1	1,1
Anticholinergiques	2	3,6	1	3,0	3	3,4
Sulfamides hypoglycémiants	2	3,6	0	0	2	2,2

La liste des autres médicaments est consultable en annexe 7.

La répartition par grande classe médicamenteuse est la suivante :

- Psychotropes : 65,2% des patients (58) patients prennent au moins 1 psychotrope (anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique ou hypnotique)
- Médicaments cardio-vasculaires : 82,0% des patients (73) prennent au moins 1 traitement cardio-vasculaire (AVK exceptés)
- AVK : 19,1% des patients (17)
- Antalgiques (sauf AINS) : 42,7% des patients (soit 38 patients)
- Antalgiques (y compris AINS) : 43,8% des patients (soit 39 patients)

Tableau 6. Comparaison des traitements pris en fonction du lieu de vie.

	Lieu de vie antérieur		<i>p</i>
	Domicile (n=56)	Maison de retraite, foyer logement ou établissement de SLD (n=33)	
Prise de psychotrope(s)	33 (58.9%)	25 (75.8%)	NS
Prise de médicament(s) CV	47 (83.9%)	26 (78.8%)	NS
Prise d'AVK	14 (25.0%)	3 (9.1%)	NS
Prise d'antalgique(s) (hors AINS)	15 (26.8%)	23 (69.7%)	<b><i>P&lt;0,001</i></b>
Prise d'antalgique(s) (incluant AINS)	16 (28.6%)	23 (69.7%)	<b><i>P&lt;0,001</i></b>

Les patients venant de maison de retraite, foyer logement ou SLD, prennent significativement plus d'antalgiques que ceux vivant à domicile ( $p<0.001$ ).

#### **4.2.3. Médicaments supprimés à l'entrée (J0)**

Il s'agit ici des effectifs observés de traitement, et non des patients prenant la classe médicamenteuse étudiée. Les pourcentages sont calculés en ligne (Pourcentage de traitements retirés parmi les médicaments de la classe).

Tableau 7. Effectifs de médicaments supprimés à l'entrée :

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile			Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD		
	Nombre de médicaments	Nombre de médicaments supprimés	% de médicaments supprimés	Nombre de médicaments	Nombre de médicaments supprimés	% de médicaments supprimés
Anxiolytiques	20	4	20	14	3	21,4
Antidépresseurs	12	1	8,3	21	6	28,6
Hypnotiques	11	0	0	7	0	0
Neuroleptiques	7	3	42,8	4	3	75
Traitements des troubles cognitifs	4	0	0	7	1	14,3
Vasodilatateurs cérébraux	3	2	66,7	3	2	66,7
Autres traitements à visée neurologique	4	0	0	4	1	25
Diurétiques	24	0	0	10	1	10
AAP	21	3	14,3	12	2	16,7
Traitements cardiaques à visée anti-angineuse	20	3	15,0	11	2	18,2
IEC/ARA2	15	1	6,7	8	1	12,5
Bêta-bloquants	16	1	6,3	5	0	0
AVK	14	0	0	3	0	0
Inhibiteurs calciques	13	3	23,1	4	0	0
Anti-arythmiques autres	11	1	9,1	5	1	20
Associations diurétique et IEC/ARA2	5	2	40	2	1	50
Digoxine	4	0	0	0	0	0
Associations diurétique, IEC/ARA2 et bêta-bloquant	1	0	0	0	0	0
Associations diurétique et bêta-bloquant	1	1	100	0	0	0
Antalgiques non morphiniques	16	4	25	26	9	34,6
Antalgiques morphiniques	4	1	25	2	2	100
AINS	1	1	100	0	0	0
Anticholinergiques	2	2	100	1	1	100
Sulfamides hypoglycémiants	2	0	0	0	0	0
Autres médicaments	129	35	27,1	92	23	25,0
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>68</b>	<b>18,9</b>	<b>241</b>	<b>59</b>	<b>24,5</b>

La répartition par lieu de vie est la suivante :

- Domicile : 68 traitements supprimés à l'entrée parmi les 360 traitements pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 18,9%**).
- MDR, FL ou SLD : 59 traitements retirés à l'entrée parmi les 241 pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 24,5%**).
- Au total, 127 traitements ont été supprimés à l'entrée parmi les 601 traitements pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 21,1%**).

Tableau 8. Motifs des retraits à J0 en fonction du lieu de vie

	Lieu de vie antérieur du patient			
	Domicile		Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD	
	Fréquence du motif	%	Fréquence du motif	%
Non disponible à l'hôpital	14	21,5	9	16,4
Non justifié, inadapté	14	21,5	6	10,9
Contre indiqué avec l'état clinique actuel	11	16,9	8	14,5
Pas de raison invoquée dans le dossier	9	13,8	9	16,4
Trouble biologique	1	1,5	9	16,4
Réévaluation de l'intérêt ou de l'efficacité de ce médicament	2	3,1	5	9,1
Suspension pendant l'hospitalisation	5	7,7	1	1,8
Substitution	1	1,5	5	9,1
Absence du symptôme justifiant le traitement	3	4,6	2	3,6
Effet secondaire suspecté	2	3,1	0	0
Posologie antérieure inconnue	1	1,5	1	1,8
Introduction d'un autre médicament CI ce traitement	1	1,5	0	0
Association CI avec un autre traitement sur l'ordonnance	1	1,5	0	0
Total	65	100,0	55	100,0
<i>Donnée manquante</i>	3		4	
<b>Total</b>	68		59	

Les médicaments déprescrits à J0 ont été substitués dans 79,8% des cas dès l'entrée ou en cours d'hospitalisation.

Aucune complication due au retrait n'a été notée.

Aucune réintroduction n'a été faite après le retrait.

85,8 % des médicaments retirés de l'ordonnance à l'entrée à l'hôpital n'ont pas été reconduits sur l'ordonnance de sortie.

#### 4.2.4. Médicaments supprimés au cours de l'hospitalisation

NB : il s'agit ici des effectifs observés de traitement, et non des patients prenant la classe médicamenteuse étudiée.

Tableau 9. Effectifs de médicaments supprimés en hospitalisation :

	Nombre de médicaments prescrits	Effectif de médicaments retirés	% de traitements retirés
Anxiolytiques	34	0	0
Antidépresseurs	33	6	18,2
Hypnotiques	18	1	5,6
Neuroleptiques	11	2	18,2
Traitement des troubles cognitifs	11	1	9,1
Vasodilatateurs cérébraux	6	0	0
Autres traitements à visée neurologique	8	0	0
Diurétiques	34	5	14,7
AAP	33	4	12,1
Traitements cardiaques à visée anti-angineuse	31	4	12,9
IEC/ARA2	23	2	8,7
Bêta-bloquants	21	0	0
AVK	17	5	29,4
Inhibiteurs calciques	17	0	0
Anti-arythmiques autres	16	3	18,8
Associations diurétique et IEC/ARA2	7	3	42,9
Digoxine	4	1	25
Associations diurétique, IEC/ARA2 et bêta-bloquant	1	0	0
Associations diurétique et bêta-bloquant	1	0	0
Antalgiques non morphiniques	42	5	11,9
Antalgiques morphiniques	6	2	33,3
AINS	1	0	0
Anticholinergiques	3	0	0
Sulfamides hypoglycémiants	2	0	0
Autres médicaments	221	15	6,8

- Domicile : 39 médicaments supprimés en cours d'hospitalisation parmi les 360 médicaments pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 10,8%**).
- MDR, FL ou SLD : 20 traitements retirés à l'entrée parmi les 241 pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 8,3%**).
- Au total, 59 médicaments ont été retirés au cours de l'hospitalisation parmi les 601 traitements pris par les patients avant l'hospitalisation (**soit 9,8%**).

Tableau 10. Motifs des retraits à J0 en cours d'hospitalisation

	Nombre de retraits selon le motif	Pourcentage (%)
CI car trouble biologique	13	22,4
Non justifié, inadapté chez le sujet âgé en particulier	11	19,0
Pas de raison invoquée dans le dossier patient	9	15,5
CI avec l'état clinique actuel du patient	8	13,8
Substitution par un autre médicament	5	8,6
Réévaluation de l'intérêt ou de l'efficacité de ce médicament	4	6,9
Oubli de recopie sur l'ordonnance	2	3,4
Absence du symptôme justifiant le traitement	2	3,4
Effet secondaire suspecté	1	1,7
Introduction d'un autre médicament CI ce traitement	1	1,7
Arrêt car patient au stade palliatif	1	1,7
Non disponible à l'hôpital	1	1,7
Total	58	100,0
<i>Donnée manquante</i>	<i>1</i>	

Les médicaments déprescrits en cours d'hospitalisation ont été substitués dans 82,5% des cas.

Aucune complication due au retrait n'a été relevée.

La réintroduction d'un traitement retiré en cours d'hospitalisation ne s'est produite que dans un seul cas sur les 59 retraits effectués.

86,4 % des traitements retirés en cours d'hospitalisation n'ont pas été reconduits sur l'ordonnance de sortie.

#### 4.2.5. Analyse des motifs de retrait et classes médicamenteuses concernées

(Tous retraits confondus, à l'entrée et au cours de l'hospitalisation).

Les principaux motifs de retrait d'un médicament dans cette étude sont donc : médicament inadapté au sujet âgé ou non justification du traitement, présence de troubles biologiques au bilan d'entrée, contre-indication au regard de l'état clinique du patient, volonté de réévaluation de l'indication ou de l'efficacité du traitement, effet indésirable suspecté ou encore contre-indication avec une autre molécule de l'ordonnance.

Tableau 11. Médicaments retirés pour indication non adaptée au sujet âgé.

	Lieu de vie antérieur du patient			
	Domicile		Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD	
	Effectif	%	Effectif	%
Anxiolytiques	1	4,8	0	0
Antidépresseurs	0	0	1	10,0
Neuroleptiques	1	4,8	0	0
AAP	3	14,3	1	10,0
Traitements cardiaques à visée anti-angineuse	0	0	1	10,0
AVK	0	0	1	10,0
Antalgiques non morphiniques	3	14,3	4	40,0
AINS	1	4,8	0	0
Anticholinergiques	2	9,5	0	0
Autres médicaments	10	47,6	2	20,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tableau 12. Médicaments retirés pour motif d'anomalie du bilan biologique

	Lieu de vie antérieur du patient			
	Domicile		Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD	
	Effectif	%	Effectif	%
Anxiolytiques	0	0	1	7,7
Antidépresseurs	0	0	1	7,7
Traitement des troubles cognitifs	0	0	2	15,4
Diurétiques	2	20,0	2	15,4
AAP	1	10,0	0	0
IEC/ARA2	0	0	2	15,4
AVK	1	10,0	0	0
Anti-arythmiques autres	0	0	1	7,7
Associations diurétique et IEC/ARA2	3	30,0	1	7,7
Antalgiques non morphiniques	0	0	1	7,7
Autres médicaments	3	30,0	2	15,4
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Tableau 13. Médicaments retirés pour motif de contre-indication avec l'état clinique lors de l'hospitalisation

	Lieu de vie antérieur du patient			
	Domicile		Maison de retraite/ foyer logement/ établissement de SLD	
	Effectif	%	Effectif	%
Anxiolytiques	0	0	2	20,0
Antidépresseurs	2	11,8	2	20,0
Neuroleptiques	2	11,8	2	20,0
Vasodilatateurs cérébraux	1	5,9	0	0
Traitements cardiaques à visée anti-angineuse	1	5,9	0	0
AVK	2	11,8	0	0
Anti-arythmiques autres	2	11,8	0	0
Associations diurétique et IEC/ARA2	1	5,9	0	0
Digoxine	1	5,9	0	0
Antalgiques non morphiniques	1	5,9	2	20,0
Antalgiques morphiniques	1	5,9	0	0
Autres médicaments	3	17,6	2	20,0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Lorsqu'on regarde les motifs de réévaluation de l'efficacité ou de l'intérêt du médicament :

- Trois psychotropes ont été retirés (1 anxiolytique et 2 antidépresseurs) ainsi qu'un traitement cardio-vasculaire chez des patients à domicile,
- Trois antalgiques dont 1 morphinique ont été retirés chez des patients institutionnalisés,
- Un seul morphinique a été retiré chez un patient à domicile.

Deux neuroleptiques et 1 bêta-bloquants ont été retirés de l'ordonnance d'un patient vivant à domicile pour effet indésirable médicamenteux suspecté.

Un médicament a été retiré pour motif de contre-indication avec un autre médicament de l'ordonnance chez un patient vivant à domicile.

## **5. DISCUSSION**

### **5.1. Enjeux de la déprescription : Pourquoi déprescrire ?**

Notre étude porte sur les médicaments déprescrits à l'entrée puis en cours d'hospitalisation chez 89 sujets hospitalisés dans un service de médecine polyvalente gériatrique. Leurs principaux antécédents sont cardiovasculaires, neurologiques, digestifs, endocrinologiques et uro-néphrologiques. Le nombre de médicaments pris chez ces patients était très important (n=601) répartis initialement en 42 grandes classes médicamenteuses. Dans la littérature, les classes médicamenteuses en cause dans les effets indésirables chez le sujet âgé sont les médicaments à visée cardio-vasculaires, les médicaments du système nerveux central, les antalgiques et les AINS [17]. Ces classes médicamenteuses à risque chez le sujet âgé sont détaillées ici, avec les facteurs de risque inhérents aux traitements, les facteurs liés au patient et à son environnement, puis les circonstances particulières de la déprescription chez le sujet âgé.

Retirer un médicament de l'ordonnance d'un patient ne s'inscrit cependant pas uniquement dans une démarche quantitative : le but n'est pas de retirer le plus de médicaments possible mais de retirer ceux qui n'ont pas ou plus leur place sur l'ordonnance. Ce caractère qualitatif entraîne à une réflexion sur le patient (en prenant en compte son environnement social et son rapport au médicament) et sa relation avec les différents intervenants médicaux qui sont le médecin traitant et le gériatre en particulier, qui s'inscrit dans un triangle vertueux.

#### **5.1.1. Facteurs liés au médicament**

A l'arrivée à l'hôpital, les traitements prescrits par le médecin traitant sont retranscrits sur l'ordonnance hospitalière. Un médicament peut ne pas être reconduit pour plusieurs motifs :

- suspension pendant la durée d'hospitalisation (médicaments à prescription hebdomadaire ou mensuelle),
- absence du symptôme justifiant le traitement,

- traitement non justifié ou jugé inapproprié chez le sujet âgé (SMR faible, traitement à risque chez le sujet âgé),
- traitement contre-indiqué du fait d'un trouble biologique,
- médicament non disponible à l'hôpital,
- arrêt d'un traitement chez un sujet en situation palliative,
- substitution par un autre médicament,
- molécule non indiquée au regard de l'état clinique du patient,
- introduction d'un autre médicament le contre-indiquant,
- effet secondaire suspecté de ce traitement,
- oubli de retranscription du médicament,
- posologie antérieure non connue
- mise en évidence de l'association contre-indiquée avec une autre molécule de l'ordonnance.

Le jour de l'arrivée du patient dans le service, l'examen clinique initial est important : réévaluation du traitement, adaptation des traitements, suspension des traitements non disponibles à l'hôpital (souvent à SMR faible ou efficacité non démontrée). Ainsi dans notre étude, 21,1% des médicaments ont été retirés lors de la transcription des traitements pris en ville sur l'ordonnance hospitalière. L'hospitalisation est un moment particulièrement privilégié pour déprescrire du fait du regard neuf que le praticien hospitalier peut avoir sur l'ordonnance d'un patient. Les médicaments prescrits le sont parfois depuis de nombreuses années et le retrait par le médecin traitant est difficile du fait de l'attachement du patient à ses médicaments. Il n'est pas rare qu'un patient revienne voir son médecin traitant pour réintroduire une molécule dans son traitement qui a été retirée en cours d'hospitalisation, souvent un traitement « de confort ». On peut comprendre la difficulté de ces situations pour le médecin traitant qui a une relation particulière avec son patient propre à la médecine générale et qui doit mettre en balance le fait de ne pas vouloir prescrire de médicament qu'il sait inapproprié pour son patient et la pression du patient qu'il voit régulièrement.

La découverte de nouvelles pathologies en cours de séjour incite aussi à la plus grande prudence lors de l'ajout de molécules sur l'ordonnance et devrait être systématiquement le moment d'une revue des traitements et donc de la déprescription des traitements contre-indiqués ou non recommandés en association avec les nouveaux traitements prescrits. On

observe d'ailleurs dans notre étude une augmentation du nombre de médicaments de façon globale, ce qui concorde avec les résultats de l'étude PAQUID qui montrait que l'augmentation du nombre de médicaments était fonction de l'âge du patient. Il est admis que les sujets de plus de 75 ans souffrent en moyenne de 3 à 5 maladies chroniques et/ou aiguës, davantage en institution qu'à domicile. La prise en charge thérapeutique est donc importante au quotidien pour les médecins prescripteurs et les médicaments sont une chance pour ces patients. Certains médicaments sont cependant source d'effets indésirables pouvant entraîner des hospitalisations ce qui a conduit dans de nombreuses études à essayer d'établir une liste de médicaments potentiellement inappropriés pour la population des sujets âgés [6,7,8,9,18].

#### **5.1.1.1. Utilisation de médicaments potentiellement inadaptés**

Dans notre étude, le deuxième motif de retrait d'une molécule à l'entrée en hospitalisation est le caractère non justifié ou inadapté du traitement pour 16,7% des médicaments déprescrits et 19% des médicaments déprescrits en cours d'hospitalisation. Ce « ménage » permet de diminuer le nombre de traitements sur l'ordonnance, au profit d'autres molécules pouvant être prescrites lors de cette hospitalisation. Le milieu hospitalier permet une surveillance accrue des effets indésirables éventuels ce qui rend le retrait et l'introduction des traitements plus rassurant, ce qui est plus difficile à faire en médecine de ville où le patient n'est vu que ponctuellement.

La prescription d'un médicament potentiellement inapproprié ajoute un traitement sur l'ordonnance sans bénéfice établi pour un malade concerné [19], avec par conséquent des effets indésirables médicamenteux et des associations potentiellement délétères. Certains critères permettent d'établir une liste des médicaments potentiellement inappropriés dans les 15 pathologies fréquemment rencontrées chez les personnes âgées [20]. Kergoat et Champoux insistent sur fait que des critères ont été validés pour évaluer l'ordonnance en milieu communautaire, institutionnel ou en hospitalisation et il est important d'en tenir compte [20].

### **5.1.1.2. Effets indésirables médicamenteux (EIM)**

Dans l'étude PAQUID effectuée chez des sujets âgés vivant à domicile, 49 % des sujets âgés prenaient 1 à 4 médicaments, et 40,6% en prenaient 5 ou plus. Or la survenue des effets indésirables médicamenteux (EIM) est favorisée par la prise de plus de 4 médicaments ce qui est le cas chez 71 des patients de notre étude, soit 79,8 % des cas.

Les EIM résulteraient pour 14,5% d'interactions médicamenteuses [21]. Leur fréquence est favorisée par : les modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie des médicaments liés à l'âge, la polymédication, l'automédication, l'intrication de pathologies aiguës et chroniques chez le sujet âgé, le manque d'essais thérapeutiques sur la personne âgée, et la mauvaise observance thérapeutique [22]. La polymédication pose cependant la question de l'imputabilité des traitements dans les EIM car si certains médicaments peuvent être incriminés comme étant à l'origine de l'EIM, d'autres pourraient jouer un simple rôle de facteur favorisant ou d'adjuvant par les interactions médicamenteuses qu'ils entraînent.

Les causes des EIM sont multiples [17]: propriétés pharmacodynamiques du médicament, toxicité par surdosage, allergies, interactions médicamenteuses, sevrage médicamenteux, facteurs inhérents aux patients âgés (âge, maladies multiples, antécédents, arrêt brutal et inapproprié du traitement), ou inhérents aux médicaments (nombre, prescripteurs nombreux).

Deux classes dominent les prescriptions : les médicaments cardio-vasculaires et les psychotropes. Or les classes médicamenteuses les plus incriminées dans les EIM sont les psychotropes et les diurétiques [23], les anticoagulants, les médicaments cardiovasculaires, les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Ce sont les mêmes classes médicamenteuses qui sont les plus consommées par les patients âgés [4], ainsi dans notre étude : 80,2 % des patients consommait des médicaments cardio-vasculaires, 65,2% des psychotropes, 42,7 % des antalgiques et 19,1 % des AVK.

Dans notre étude, seulement 3 médicaments ont été retirés pour le motif d'effet indésirable suspecté, ce qui est probablement sous estimé car ce motif était distinct de celui des « troubles biologiques ». En effet, on observe dans notre étude que la déprescription des traitements en cours d'hospitalisation est dominée par le motif des troubles biologiques chez

les patients (22,4 % des médicaments) qui peuvent donc être un effet indésirable médicamenteux notamment lors de l'utilisation de diurétiques hypokaliémiants, d'IEC/ARA2 ou des AVK. Les associations de diurétiques doivent être utilisées sous surveillance étroite du ionogramme sanguin, et l'INR doit être réévalué plus souvent en cas de pathologie aigue ou d'association avec certains traitements potentialisant l'effet anticoagulant.

Ainsi, puisque les traitements les plus prescrits sont aussi les plus à risque d'effets indésirables médicamenteux, l'attention des prescripteurs est attirée vers la plus grande vigilance quant à la prescription de ces traitements, la surveillance accrue des patients concernés et une déprescription des traitements devenus inadaptés.

### **5.1.1.3. Surconsommation ou « Overuse »**

Il paraît essentiel de savoir retirer des ordonnances les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication vis-à-vis des pathologies présentées par le patient et qui participent de façon néfaste à la polymédication. En effet, ces traitements majorent le risque potentiel d'EIM. Pour les médicaments à usage court (dans le cadre d'une pathologie aigue), il est nécessaire de mettre en place un plan de soins afin de réévaluer l'ordonnance et de prévoir le retrait de ces médicaments à la date d'échéance du traitement. L'exemple est l'utilisation des benzodiazépines en tant qu'anxiolytiques et hypnotiques : on remarque dans notre étude que si un tiers des patients ont ces traitements sur leur ordonnance, seulement 1/5<sup>e</sup> des anxiolytiques sont retirés à l'arrivée et aucun des hypnotiques n'est retiré ni à l'entrée ni en cours d'hospitalisation. Ces traitements posent le problème d'une prise souvent ancienne qui fait craindre un syndrome de sevrage à l'arrêt : par exemple les hypnotiques n'ont pas été retirés à l'entrée et un seul hypnotique a été retiré en cours d'hospitalisation. La fréquence des troubles du sommeil chez le sujet âgé et la dépendance à ces molécules n'incite pas au retrait ces traitements sauf en cas d'effet indésirable suspecté. Les recommandations stipulent pourtant que la durée de ces traitements doit être préétablie et réévaluée du fait de la dépendance qu'ils engendrent.

Les 20 psychotropes déprescrits sont retirés dès l'entrée pour les raisons suivantes : effet secondaire suspecté, contre-indication avec l'état actuel du patient, absence d'efficacité suspectée. En effet ces derniers sont réputés pour leurs effets indésirables médicamenteux :

sédation, effet myorelaxant favorisant les chutes pour les anxiolytiques et hypnotiques de la famille des benzodiazépines, hyponatrémie ou effets anticholinergiques pour certains antidépresseurs, modifications de l'ECG, apparition d'un syndrome extrapyramidal ou effets anti-cholinergiques pour les neuroleptiques. Leur utilisation est donc difficile chez le sujet âgé. Le suivi de ces traitements est indispensable et la durée de prescription doit pouvoir être limitée dans le temps [13]. La réévaluation régulière et systématique de la prescription est indispensable.

Dans notre étude, 11 médicaments sur 186 ont été retirés afin de réévaluer l'efficacité du traitement ou son intérêt dans l'ordonnance du patient, principalement des antalgiques (4/11), souvent prescrits « si besoin », et des psychotropes (4 /11). L'HAS a édité à ce sujet dans un document portant sur l'amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé quatre situations qui sont à l'origine de la majorité de ces prescriptions :

- Les plaintes relatives au sommeil qui sont courantes, mais ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez le sujet âgé. Les insomnies ne justifient pas d'un traitement au long cours par des benzodiazépines (BZD).
- La dépression, fréquente chez le sujet âgé. Le traitement antidépresseur n'est souvent pas prescrit, faute de diagnostic, et trop de benzodiazépines sont administrées.
- Les signes anxieux sont également un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité souvent une dépression. Dans tous les cas, les benzodiazépines n'ont que peu de place dans la prise en charge. Or il existe une surprescription de benzodiazépines à visée anxiolytique en France [24].

L'étude de Fahey T. et al. [25] montre une prescription plus élevée de neuroleptiques en maison de retraite 28 % contre 11% des patients à domicile. Elle met également en évidence une carence de soins chez ces patients institutionnalisés avec une insuffisance d'utilisation de certains traitements comme les bêta-bloquants dans le post-infarctus (underuse), une utilisation trop importante de certaines classes médicamenteuses comme les neuroleptiques (overuse) et une surveillance insuffisante des pathologies chroniques. Lau D.T. et al. ont noté en 1996 que 50% des patients en institution recevaient au moins 1 médicament potentiellement inapproprié [26].

Une vigilance accrue chez ces patients est nécessaire afin d'éviter certains écueils dans ces milieux de vie pourtant à vocation plus protectrice. Dans notre étude, les hypnotiques comptent pour 20,2 % des prescriptions et les neuroleptiques pour 12,4 % de l'effectif total des médicaments sur l'ordonnance des sujets étudiés sans différence notable entre la consommation des patients vivant à domicile et des patients institutionnalisés.

Les résultats obtenus vont dans le sens des statistiques produites par les données nationales de l'Assurance Maladie en 2000 [27] : 17,1% des personnes du régime général ont obtenu le remboursement d'anxiolytiques, 9,7% pour des antidépresseurs, 8,8 % pour des hypnotiques, 2,7 % pour des neuroleptiques ; dans notre étude 38,2 % des patients consomment des anxiolytiques, puis 34,8 % des antidépresseurs, 20,2 % des hypnotiques et 12,4 % des neuroleptiques.

Dans notre étude, 42,4% des patients institutionnalisés consomment des anxiolytiques contre 35,7% à domicile, et 57,6% des antidépresseurs contre 21,4% des patients à domicile. Au total, 34,8% des patients de notre étude prennent des antidépresseurs, dont 2 patients qui prennent 2 traitements de cette même classe de façon simultanée. L'assurance maladie a par ailleurs édité un « Mémo Benzodiazépines » dans lequel les auteurs recommandent de privilégier la prescription de BZD de vie courte chez les sujets de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polypathologiques.

La prescription des psychotropes doit donc se faire avec la plus grande vigilance et les indications doivent être revues régulièrement afin de déprescrire à temps ces médicaments qui ont tendance à être reconduits sur les ordonnances pendant de nombreuses années. Déprescrire un traitement pourrait même permettre de majorer le potentiel d'un autre traitement de l'ordonnance. En effet, certains traitements juxtaposés sur la même ordonnance ont des effets antagonistes et perdent alors leur potentiel maximal d'efficacité.

Le cas se présente également pour ces traitements dont l'indication est discutable, tels que les médicaments à SMR insuffisants, pourtant largement prescrits. Aujourd'hui, parmi les 30 premiers médicaments achetés chez le sujet âgé, 8 sont classés service rendu insuffisant par la commission de transparence [28].

#### **5.1.1.4. Utilisation inadaptée ou « Misuse »**

La polymédication est notable dans notre étude avec 79 patients (88,8%) ayant plus de 3 médicaments prescrits sur l'ordonnance de ville. Cette polymédication peut induire une mauvaise utilisation médicamenteuse avec l'utilisation de médicaments dont les risques dépasseraient les bénéfices attendus (misuse). Des listes de ces traitements sont régulièrement utilisées aux USA (Beers 1989 puis 1991) [6,7], ou en France avec l'étude de la cohorte des 3 Cités [10], qui a permis de repérer les traitements qui doivent éveiller la vigilance du

prescripteur afin d'éviter des EIM. Bien sûr, une adaptation à chaque patient est indispensable, est le rapport bénéfice-risque doit être toujours réévalué lors de la prescription d'un nouveau médicament. Le cas se présente pour ces traitements dont l'indication est discutable, tels que les médicaments à SMR insuffisants, pourtant largement prescrits. Aujourd'hui, parmi les 30 premiers médicaments achetés chez le sujet âgé, 8 sont classés service rendu insuffisant par la commission de transparence [28]. Dans notre étude, 6,7% des patients prennent des vasodilatateurs cérébraux qui ont pourtant une efficacité non démontrée dans le traitement symptomatique du déficit intellectuel du sujet âgé, et qui alourdissent l'ordonnance. Un autre exemple est celui des médicaments anticholinergiques : 3,4 % des patients en prennent malgré le fait que ces médicaments posent le problème d'association avec d'autres traitements et sont pourvoyeurs d'effets secondaires.

La notion de « misuse » est utilisée par Montamat et Cusack [11] pour décrire la mauvaise utilisation des traitements : durée trop longue/courte, mauvaise indication, mauvaise association avec les autres traitements sur l'ordonnance, que favorisent une polymédication. Ceci met en cause aussi bien le patient que le prescripteur et les auteurs ont ainsi relevé les principaux facteurs de polymédication ou de mauvaise utilisation des traitements liés au patient et au prescripteur :

**facteurs liés au patient** : demande du patient, liste inadéquate des traitements pris rapportées par le patient, insuffisance des plaintes symptomatiques reliées aux traitements, utilisation des ordonnances renouvelables sans visite au médecin au préalable, fréquentation des pharmacies et multiples consultations médicales (nomadisme), emprunt des traitements de la famille ou voisins, automédication, perte visuelle/auditive, facteurs économiques/coût des traitements ;

**facteurs liés au prescripteur** : présumer de la demande médicamenteuse de ses patients, traiter de façon symptomatique sans examen scrupuleux, traiter sans fixer d'objectifs à la thérapeutique, mauvaise communication sur les traitements, insuffisance des révisions de l'ordonnance, manque de culture de la thérapeutique gériatrique, surveillance inadéquate des thérapeutiques en unités de soins de longue durée, insuffisance de la simplification des ordonnances aussi souvent que possible.

Les médicaments ayant une efficacité non démontrée ou s'associant difficilement aux autres traitements pris par un sujet âgé doivent être retirés de l'ordonnance afin de ne pas la surcharger et d'éviter la survenue d'évènements indésirables.

### **5.1.1.5. Conséquences sur l'ordonnance de sortie**

La grande majorité des traitements retirés des ordonnances à l'entrée dans le service et pendant l'hospitalisation n'a pas été réintroduite : 85,8 % des traitements retirés dès l'entrée et 86,4 % des traitements retirés durant l'hospitalisation. On observe donc que les médicaments retirés étaient probablement devenus inappropriés et n'avaient plus leur place dans l'ordonnance des patients concernés, peut-être parfois avec la prescription de nouvelles molécules en cours d'hospitalisation, ou de découverte d'une nouvelle pathologie.

Certains médicaments ont été prescrits à nouveau sur les ordonnances de sortie, il s'agit en fait des traitements non retranscrits sur l'ordonnance hospitalière pour motif de non disponibilité à l'hôpital ou de prise hebdomadaire ou mensuelle.

Malgré la déprescription opérée, on peut noter que le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance de sortie varie en fonction du lieu de vie : en effet, si les patients vivant à domicile prennent 1,8 médicament en moyenne en plus à la sortie d'hospitalisation, les patients vivant en maison de retraite ne se voient ajouter que 0,7 en moyenne et les patient en SLD en perdent 2 en moyenne. Ceci paraît étonnant au regard des pathologies plus lourdes des patients vivant en institution. On peut cependant émettre l'hypothèse que l'ordonnance de ces patients est plus souvent l'objet d'un « nettoyage » que celle des patients vivant à domicile, du fait de leur plus grande fragilité. Mais il faut rester vigilant car la limite est ténue entre la déprescription utile et la sous-prescription de traitements utiles mais non prescrits (underuse) par crainte d'accumuler les molécules.

### **5.1.2. Facteurs liés au patient et à son environnement**

#### **5.1.2.1. Culture médicale du patient et de son entourage**

Le retrait de certains médicaments de l'ordonnance serait intéressant pour augmenter l'observance médicamenteuse chez les sujets polymédiqués, mais il s'agit d'un facteur indépendant d'observance, au même titre que la dépression ou la présence de troubles cognitifs selon le Pr. Legrain [29]. En fait, le problème de prise médicamenteuse est prépondérant surtout chez le sujet présentant des troubles cognitifs, mais ceux-ci sont souvent

aidés dans le cadre de leur pathologie par un aidant familial ou professionnel. Chez le sujet ne présentant pas de trouble cognitif, l'information concernant le traitement est fondamentale afin de favoriser une prise correcte des traitements. Dans l'étude de Leger [30], la culture pharmaceutique est très faible : 3 patients sur 22 connaissent le nom et l'indication des traitements de l'ordonnance, et 12 sur 22 ont une connaissance médicamenteuse parcellaire ou inexistante des traitements pris. Pour Montamat et Cusack [11], entre 8 et 45 % des sujets âgés ne savent pas le but précis de leur médication. Ceci contribue à la non-adhésion du malade à son traitement et incite à la démarche de déprescription qui dans ce cas doit se faire avec une bonne adhésion du malade, une compréhension correcte de son ordonnance et la confiance réciproque entre celui-ci et son praticien [19]. La non-compliance au traitement représenterait tout de même 5 à 10 % des admissions en gériatrie [23], ce qui conduit à une insuffisance de traitement par sous-utilisation de certains traitements.

#### **5.1.2.2. Le patient et ses médicaments : lien affectif, demandes croissantes**

Il faut cependant bien distinguer la polymédication du fait d'une polypathologie nécessitant des traitements et la polymédication favorisée par des demandes médicamenteuses croissantes propre à nos sociétés occidentales [19]: traitements préventifs des facteurs de risque chez le sujet très âgé, symptôme du mal être lié au vieillissement, développement de stratégies pour conserver ses performances malgré le vieillissement (DHEA, traitements hormonaux, médicaments de l'activité sexuelle, lutte contre la détérioration cognitive). En effet, les premiers sont souvent nécessaires et une chance pour le patient polypathologique, alors que les autres ne sont pas tous indispensables et méritent une évaluation soignée du risque potentiel qu'ils font encourir au patient.

Déprescrire un médicament pourrait être vécu par le patient comme un abandon du médecin face à la maladie ou au symptôme. En effet, le médicament est un vecteur de communication parfois affectif entre le patient malade, et son médecin traitant, son pharmacien, son entourage. Sans médicament, le patient n'est plus considéré comme malade, il peut perdre ce lien, et parfois être isolé. La fin d'un traitement n'exclue cependant pas la surveillance ultérieure du patient, qui devra être réévalué. L'éducation du patient prend alors toute son importance car un médicament déprescrit accompagné d'une explication claire peut

rendre le retrait compréhensible et supportable. Il paraît ainsi très important de cibler les traitements indispensables et de l'en informer [11].

### **5.1.2.3. Nomadisme médical**

La consultation de plusieurs praticiens souvent tués par le patient et donc ignorées des différents prescripteurs, généralistes et spécialistes, favorise le cumul des prescriptions sans qu'une réactualisation puisse être faite du fait d'une connaissance insuffisante du patient [19]. Dans le cas d'un médecin qui ne connaît pas le patient qui se présente, lors d'un remplacement par exemple, celui-ci ne va pas oser modifier les prescriptions d'un confrère, ne connaissant pas bien le patient et ses antécédents. C'est ainsi que le nomadisme médical est un frein à la déprescription chez les patients vivant au domicile car rappelons-le, la consommation de médicaments potentiellement inappropriés est significativement plus élevée en institution [31,32].

### **5.1.2.4. Entourage du patient**

L'entourage est un facteur important à prendre en compte dans le suivi du sujet âgé. En effet, le praticien peut subir des pressions du patient ou de son entourage vis-à-vis du retrait de certains traitements. Les psychotropes, par exemple, permettent de calmer une personne âgée jugée un peu trop « agitée », alors qu'un entourage compliant va permettre au praticien, via une explication claire sur les thérapeutiques et surveillance du patient, de modifier l'ordonnance du patient qui se sentira mieux soutenu et pris en charge. L'entourage du patient devrait être en mesure de donner au médecin la liste de tous les médicaments effectivement pris par le patient comprenant l'automédication si celui-ci n'en est pas capable, et informer sur le risque d'inobservance éventuel.

L'entourage paramédical du patient peut jouer un rôle en attirant l'attention sur les prescriptions qui semblent inappropriées ou obsolètes, bien que la décision de « déprescrire » ce traitement revienne toujours au médecin. La formation du personnel paramédical au contact des sujets âgés est importante. En effet, les infirmières formées en gérontologie connaissent mieux les thérapeutiques médicamenteuses utilisées en gériatrie ce qui permettrait

de reconnaître rapidement et limiter les problèmes reliés à une thérapeutique médicamenteuse (effet indésirable), ainsi qu'alerter le pharmacien ou le médecin [33]. Leurs connaissances en thérapeutiques non médicamenteuses permettraient de réduire le nombre de traitements sur l'ordonnance en donnant une autre réponse à un problème de douleur ou d'inconfort.

L'isolement social est un facteur de risque thérapeutique notamment lorsqu'il est nécessaire d'avoir une surveillance thérapeutique rigoureuse : angoisse de la dépendance, le mal être de la solitude, peuvent majorer les plaintes somatiques à l'origine de prescriptions d'antalgiques, d'antidépresseurs, d'AINS, de sédatifs [2].

L'isolement géographique semble également être un facteur de risque de polymédication. Selon les données de l'étude PAQUID [34], le risque est 1,2 fois plus élevé pour les personnes âgées vivant en zone rurale.

Si la prescription est l'apanage du médecin, le pharmacien a un rôle essentiel de conseil et d'éducation vis-à-vis de son client [3]. Fournir son traitement à une personne âgée polymédiquée nécessite de lui donner une information précise des traitements pris en portant une attention particulière à l'automédication, celle-ci pouvant se révéler très délétère dans certains cas lors d'une association avec les traitements prescrits. L'automédication doit être un sujet régulièrement abordé par le praticien, le pharmacien et le patient car il peut constituer un risque de prescription inappropriée vis à vis de l'âge et des pathologies présentées par les patient et être pourvoyeur d'interaction médicamenteuse néfaste : par exemple l'utilisation d'AINS chez un sujet qui prendrait un IEC avec le risque d'insuffisance rénale.

Les relations entre médecins et pharmaciens méritent d'être renforcées pour le bénéfice du patient afin de communiquer sur une éventuelle prescription trop longue d'un médicament, une prescription inadaptée à l'âge ou une association inappropriée qui mériterait peut-être un retrait de l'ordonnance.

#### **5.1.2.5. Retour à domicile après hospitalisation**

On note que malgré les recommandations faites par les praticiens hospitaliers qui ont déprescrit des traitements sur l'ordonnance des patients, le nombre de médicaments sur l'ordonnance réaugmente dans les mois qui suivent l'hospitalisation [31] : dans l'étude de Kruse et al. en Allemagne, les ordonnances ont été réduites de 34 % en cours d'hospitalisation, mais les auteurs observent que 3 mois après la sortie, les schémas thérapeutiques étaient revenus au niveau observé à l'entrée en hospitalisation soit 4,6

médicaments par patients contre 2,8 à la sortie, et à 18 mois une augmentation à 5,2 médicament par patient était relevée. L'augmentation était moindre chez les sujets institutionnalisés. Dans une autre étude effectuée sur l'évaluation de l'impact d'un programme d'intervention pour diminuer l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés au Québec [35], une équipe multidisciplinaire a analysé le profil thérapeutique des patients à domicile et adressé des recommandations écrites à leur médecin traitant. Le nombre de traitements prescrit n'a pas été modifié de façon significative par cette intervention. Ces études montrent bien le frein à la déprescription qu'il peut exister en milieu ambulatoire, car les modifications dans le traitement des patients et les recommandations adressées aux médecins de ville n'ont pas eu d'influence sur les pratiques de ville. Est-ce par la pression du patient qui souhaite reprendre le traitement antérieur auquel cas il faudrait insister sur l'éducation thérapeutique du malade, ou la volonté du médecin de conserver ses propres pratiques professionnelles ? Il semble que l'éducation thérapeutique des patients soit un point important à développer, au même titre que le slogan « les antibiotiques, c'est pas automatique », l'arrêt de médicaments inutiles devrait être plus largement plébiscité.

#### **5.1.2.6. Inscription de la déprescription dans l'avenir**

Il est évident que les enjeux économiques sont importants dans ce domaine : tant dans le domaine de santé publique en diminuant les hospitalisations pour EIM, en limitant la consommation médicamenteuse inappropriée, en favorisant la communication entre les différents acteurs de la santé intervenant auprès des personnes âgées, que dans le domaine de l'industrie pharmaceutique, qui joue un rôle dans l'avènement de thérapeutiques toujours plus « performantes » dans la lutte contre le vieillissement et ses contraintes. Les objectifs gouvernementaux sur le sujet ont été publiés en 2003 [28] : à 5 ans, réduire de 30% les excès de traitement, réduire de 30% les prescriptions inappropriées, obtenir 100% de prescriptions utiles conformes aux recommandations et réduire d'un tiers l'incidence des événements iatrogènes graves évitables. Qualité, quantité et durée des traitements pris par le patient âgé sont à prendre en compte pour déprescrire des médicaments inappropriés, il reste donc à définir les stratégies d'action à mettre en œuvre pour que la déprescription devienne accessible, que la formation sur le sujet soit diffusée largement, et mettre en place des indicateurs pour s'assurer de la mise en œuvre correcte des actions. Les recommandations éditées par l'HAS constituent une aide accessible avec des grilles d'évaluation du traitement

du patient âgé disponible sur internet [14], et les recommandations de l'AFSSAPS [13] doivent attirer l'attention et être connues des prescripteurs afin d'optimiser le traitement du sujet âgé.

P. Queneau souligne la nécessité de renforcer la formation universitaire et la formation continue sur ce sujet [19], afin de sensibiliser les futurs prescripteurs à ce problème de santé publique important. La formation à la thérapeutique pratique est essentielle dès les premières décisions thérapeutiques [36]. Cet apprentissage doit se poursuivre tout au long des études, jusqu'aux FMC des professionnels de santé, en étant basé sur des « données acquises de la science médicale » (Code de Déontologie Médicale, article 32). Si les pratiques de « bonne prescription » sont enseignées dès les premières années d'études, la déprescription devrait désormais avoir une place dans cet enseignement afin d'attirer l'attention sur la nécessité de toujours adapter le traitement de façon personnalisée au patient, en sachant aussi retirer des traitements devenus inappropriés.

La formation des soignants à la prise en charge d'un sujet âgé doit insister sur la révision régulière de l'ordonnance afin de supprimer les médicaments dont l'utilisation serait devenue caduque (les traitements devant être pris à vie sont très rares) [37], et la modification des traitements doit être expliquée au patient afin qu'à sa sortie de consultation spécialisée ou d'hospitalisation, il ne lui semble pas indispensable de consulter rapidement son médecin traitant pour récupérer son traitement antérieur.

Plus en amont dans la « vie » du médicament, les essais cliniques doivent être validés chez les sujets âgés qui sont susceptibles de prendre ce traitement lors de sa commercialisation, en tenant compte d'éventuelles interactions médicamenteuses chez les patients âgés polymédiqués ainsi que des durées de traitements nécessaires et limitées dans le temps [36]. Ceci implique une méthodologie particulière du fait de l'âge des patients (patients de plus de 70 ans plus enclins à développer des EIM), la réticence des promoteurs, l'utilisation de certains tests adaptés au sujet âgé (déficit sensoriel, troubles cognitifs), et la difficulté d'obtenir un consentement éclairé dans les cas de perturbation des fonctions cognitives [5]. J. Ankri [38] affirme même qu'il devrait être obligatoire que tout médicament susceptible d'être utilisé pour un traitement de fond chez le sujet âgé fasse l'objet d'études spécifiques d'efficacité, d'interaction médicamenteuse et d'innocuité à long terme. Ces études

permettraient d'étendre les indications de certains traitements peu utilisés chez le sujet âgé du fait d'une appréhension des risques encourus dans cette tranche d'âge. Ceci est un frein à la prescription de certaines molécules pourtant parfois indiquées, comme les médicaments cardio-vasculaires tels les beta-bloquants, les traitements hormonaux substitutifs, les anti-hypertenseurs, les antalgiques opioïdes dans les douleurs cancéreuses [39], ou encore les anti-vitamine K et qui constituent une sous-utilisation (« underuse ») de médicaments pourtant bénéfiques réduisant la morbi-mortalité et pouvant améliorer la qualité de vie.

### **5.1.3. Conditions particulières de la déprescription chez le sujet âgé**

#### **5.1.3.1. En fonction du lieu de vie**

Les traitements pris ne sont pas les mêmes selon les lieux de vie : prise autonome à domicile, distribution en institution ou pilulier à domicile, intervention d'un aidant familial ou extérieur, et la prescription de médicaments potentiellement inappropriés est significativement plus élevée chez les patients institutionnalisés que chez les patients vivant à domicile [31,32]. Une étude de Wilcox [40] a montré dans la population non institutionnalisée que 23.5% des 6171 patients âgés de 65 ans et plus ont reçu au moins un des 20 traitements contre-indiqués chez le sujet âgé selon la liste de Beers, que 79.6% consomment 1 médicament potentiellement inadapté et 20.4% en consomment 2 ou plus.

On observe cependant que les patients vivant en institution sont significativement plus âgés et que leur ordonnance est allégée de 2 médicaments en moyenne contre un ajout de 1,8 spécialité en moyenne chez les sujets vivant à domicile. Les sujets à domicile ont une meilleure autonomie et la découverte de nouvelles pathologies est la cause d'ajouts de médicaments sur leur ordonnance alors que l'ordonnance des sujets plus dépendants vivant en institution est plus facilement nettoyée du fait de la fragilité des patients.

Dans notre étude, les AVK sont peu utilisés en institution : 1/4 des patients vivant à domicile prennent ce traitement, contre 1/10 environ en institution mais cette différence n'est pas significative. Ceci est probablement dû aux risques de chutes présentés par des patients institutionnalisés présentant une dépendance plus élevée. Presqu'un tiers des AVK prescrits

chez les patients vivant à domicile ont été retirés alors qu'aucun de ces traitements ne l'a été chez les patients institutionnalisés qui, étant plus fragile, font l'objet d'une prévention particulière vis-à-vis de ces médicaments et ceux-ci sont donc prescrits avec parcimonie à cette population.

D'autres médicaments comme les antalgiques non morphiniques sont beaucoup prescrits en institution : 2 patients sur 3 s'en est vu prescrire contre 1/4 des patients à domicile. Le caractère ponctuel de la prise de ces traitements souvent prescrits en « si besoin » en institution n'est pas le reflet d'une prise régulière chez tous les patients. Ainsi, lors de la retranscription des traitements sur l'ordonnance hospitalière, ceux-ci sont peu déprescrits contrairement aux antalgiques morphiniques pris de façon chronique, pourvoyeurs d'effets indésirables, qui ont tous été déprescrits à l'entrée en hospitalisation pour les patients institutionnalisés contre 1/4 des morphiniques prescrits aux sujets vivant à domicile, moins fragiles. Mais, pendant l'hospitalisation, 3 morphiniques sur 4 ont été retirés chez les patients à domicile.

Concernant les troubles cognitifs, les traitements recommandés comme la Mémantine, le Donepezil, la Rivastigmine ou encore la Galantamine, sont prescrits à environ 1/5 des patients institutionnalisés. Ceci est logique au regard des pathologies cognitives entraînant une entrée en institution. Dans notre étude ces traitements sont très peu retirés : 1 traitement seulement chez un patient institutionnalisé. Les vasodilatateurs cérébraux sont plus déprescrits : 2/3 des traitements sont ôtés des prescriptions dès l'entrée en hospitalisation, pour motif de non disponibilité de la molécule à l'hôpital ou pour efficacité non démontrée dans le traitement de certains symptômes du déficit intellectuel chez le sujet âgé.

### **5.1.3.2. Consultation gériatrique**

La consultation gériatrique est un moment privilégié pour la déprescription. Elle s'adresse aux personnes âgées présentant des situations médicales complexes, se fondant sur une approche globale et multidisciplinaire du patient, et est facilitée par la présence d'un proche qui va permettre d'éclairer le praticien lorsque des zones d'ombres sont laissées par le patient sur les questions abordées. Elle nécessite un temps plus long qu'une consultation classique car elle constitue un moment privilégié dans la prise en charge du patient pour

s'intéresser aux différentes thérapeutiques utilisées par celui-ci en prenant en compte son état global : polyopathie, démence, isolement social, environnement matériel, lieu de vie. La présence d'effets indésirables médicamenteux éventuels doit être recherchée, ainsi que la notion d'automédication. Le gériatre ayant une vision de spécialiste du patient âgé, il est en mesure de pouvoir repérer les traitements ou les associations médicamenteuses non recommandées pris par le sujet, et ainsi exercer un rôle de prévention en « nettoyant » l'ordonnance [41], en permettant une déprescription adaptée à ce patient ainsi que formuler des conseils au médecin traitant à ce sujet. Le patient doit recevoir les informations relatives à son traitement, les modifications apportées lors de cette consultation ainsi que les effets secondaires éventuels à surveiller chez ce patient par celui-ci et l'entourage.

Arrêter un traitement n'est cependant pas aisé pour le praticien dans les situations dans lesquelles la balance bénéfice/risque d'un traitement est difficile. L'exemple de l'utilisation des anti-vitamines K chez un patient âgé présentant une arythmie complète par fibrillation auriculaire à risque de chute montre que la décision d'arrêt de ce traitement doit se faire en personnalisant chaque prise de décision concernant les traitements à garder ou à retirer.

Des pressions peuvent également être exercées par les visiteurs médicaux nombreux qui renouvellent fréquemment les informations sur l'arsenal thérapeutique à disposition du praticien pour tous ses patients y compris les plus âgés. Pour guider les praticiens dans leurs démarches, des documents de référence sont édités : conférences de consensus, référentiels, recommandations de bonne pratique médicale [41].

L'intérêt de la présence de l'accompagnant est aussi de recevoir ces informations lorsque le patient n'est plus tout à fait cognitivement apte à suivre son traitement seul et ainsi d'organiser un plan de soin qui permettra alors d'éviter une prise anarchique des traitements. Des visites de suivi doivent être proposées au patient [41], afin de faire le point régulièrement sur la thérapeutique suivie. L'une des difficultés reste cependant le manque d'observance des recommandations faites par le gériatre par manque de temps, de moyens d'aide, d'intérêt ou d'information [41]. Une information sur le rôle du gériatre doit être largement dispensée aux médecins traitants afin qu'ils y voient une « aide » dans la prise en charge de leurs patients âgés dans le plan de soin, et s'appuient sur l'expertise gériatrique pour s'aider dans la prise en charge thérapeutique de leurs patients.

### **5.1.3.3. Prise en charge du patient dément**

La prescription chez le sujet présentant un syndrome démentiel représente également une prise en charge particulière du sujet âgé. Quel que soit le stade évolutif de la maladie, l'objectif de la prise en charge [42] est d'améliorer la qualité de vie de la personne malade et de sa famille, en associant projet de soins et projet de vie. La présence d'un état démentiel entraîne une fragilité accrue chez un sujet plus à risque de dénutrition, de troubles du comportement, de troubles du sommeil, d'épisodes confusionnels, de troubles neurologiques qui appellent à plus de vigilance sur le plan thérapeutique. La prise médicamenteuse devient de plus en plus difficile avec la gravité de l'atteinte démentielle, et le plan de soins doit être modifié afin de n'envisager que les thérapeutiques essentielles pour éviter les effets secondaires médicamenteux. L'évaluation gériatrique est importante dans ce contexte afin de faire le point sur les thérapeutiques pouvant être déprescrites de l'ordonnance. Un groupe d'experts, sous l'égide de la société française de gériatrie et gérontologie [42] s'est réuni dans le but d'élaborer des recommandations sur les modalités de la prise en charge de la démence de type Alzheimer au stade sévère. Les patients bénéficient des thérapeutiques symptomatiques antidéméntielles, mais il est recommandé d'arrêter ces traitements quand l'état du patient devient très sévère ou quand l'état cognitif ou global du patient ne correspond plus aux règles de bon usage de prescription : MMSE <3 (AMM). Concernant les pathologies associées et intercurrentes, il est indispensable de réévaluer les prescriptions afin de pouvoir retirer de l'ordonnance les médicaments devenus inappropriés dans ce contexte. L'accent doit être mis sur le rapport bénéfice-risque de certaines thérapeutiques. Cette intervention doit être faite avec le patient si possible et avec l'entourage afin qu'une bonne compréhension de la démarche soit possible, et que ceux-ci ne vivent pas la déprescription des médicaments devenus inutiles pour le patient comme un abandon de celui-ci.

### **5.1.3.4. Prise en charge du patient en fin de vie**

La fin de vie est aussi une condition particulière de prescription et de déprescription. En effet, tout la difficulté dans ce contexte réside dans le fait de trouver une limite entre le risque de non-assistance à personne en danger et le risque d'être accusé d'obstination déraisonnable en manquant d'humanité. Les circonstances où se pose la question de la

limitation des traitements chez tous les malades existe lorsque le traitement a fait la preuve de son inefficacité, qu'il apporte plus d'inconvénients que de bénéfices, ou en cas d'intolérance.

Selon F. DREIFUSS-NETTER [43] l'article L 1111-4 al. 5 (issu de la loi Léonetti) envisage « l'arrêt et la limitation des traitements susceptibles de mettre en danger la vie de la personne, lorsque celle-ci n'est plus en état d'exprimer sa volonté : il n'est plus question de la convaincre mais il convient de consulter la personne de confiance, la famille ou les proches, et, le cas échéant, les directives anticipées, puis de recourir à une procédure collégiale et enfin d'inscrire la décision motivée dans le dossier médical. »

Il semble que le texte peut correspondre à deux circonstances différentes :

« Soit la personne, qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté, l'a exprimée antérieurement, par des directives anticipées ou en se confiant à des proches, »

« Soit cette personne n'a rien exprimé du tout et l'arrêt ou la limitation résulte d'une initiative exclusivement médicale. C'est possible dans la mesure où l'article L 1110-5 al. 2 dans sa rédaction du 22 avril 2005, intégrant à la loi une disposition déontologique, estime que *« les actes de prévention, d'investigation ou de soins ... ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable »*. La définition résulte du même texte : *« Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris »*. »

Autrement dit, l'application des dispositions de l'article L 1111-4 relatives à la limitation ou à l'arrêt des traitements semble subordonnée soit à une demande du patient, actuelle ou antérieure, soit à une situation d'obstination déraisonnable.

En gériatrie, la question se pose lorsque le malade relève ou est en soins palliatifs, c'est-à-dire lorsqu'il semble désormais inutile et dérisoire de combattre une maladie et que des soins de confort sont maintenant prioritaires. L'avis du malade, de la personne de confiance et de son entourage est à recueillir dans cette modification de la prise en charge, et le but est selon la loi du 30 novembre 2004 de sauvegarder la dignité du mourant et d'assurer la qualité de sa fin de vie. Ainsi, le bon sens impose devant un malade chez qui la mort s'impose de façon évidente, de ne poursuivre que les traitements destinés à soulager les symptômes, et de limiter les traitements inutiles. La déprescription doit être une décision personnalisée dans ce cas car parfois, un événement « aigu » bien traité peut éviter une souffrance supplémentaire. L'ordonnance de ces patients en fin de vie doit donc être minutieusement et régulièrement révisée, afin d'apporter le confort nécessaire à une fin de vie digne.

## 5.2. Limites de l'étude

On peut remarquer un certain nombre d'insuffisances ou de biais dans notre travail que sont :

- La déprescription doit s'inscrire dans une démarche plutôt qualitative que quantitative, cette étude ne comportait pas d'élément d'évaluation qualitatif sur le bénéfice de la déprescription.
- Faible effectif de patients,
- Absence d'étude à grande échelle pour se comparer à la littérature,
- Intérêt d'explorer ce thème dans une Evaluation de Pratiques Professionnelles,
- Pas de suivi au long cours, on peut se poser la question du bénéfice de la déprescription à long terme,
- Etude hospitalière : intérêt d'une évaluation des pratiques en ville.
- Sur 601 médicaments relevés sur les ordonnances des patients, étude de 380 d'entre eux répartis en 24 classes médicamenteuses. Intérêt d'une étude permettant une analyse plus large de l'ordonnance des patients.

## 6. CONCLUSION

Dans la population des personnes âgées, on observe une prédominance de sujets polypathologiques. On constate par ailleurs une augmentation des médicaments prescrits en fonction de l'âge du patient. Ces facteurs concourent à la polymédication chez le sujet âgé, qui peut être source d'interaction médicamenteuse, d'effets indésirables médicamenteux et de majoration du nombre d'hospitalisations chez ces sujets.

Certaines classes médicamenteuses sont les plus à risque iatrogène mais également les plus consommées chez les sujets âgés et ce sont ces classes que nous avons étudiées dans ce travail : médicaments du système nerveux central, médicaments cardio-vasculaires, antalgiques, anticholinergiques et sulfamides hypoglycémiants.

On a pu observer que la déprescription des médicaments à l'entrée était corrélée à l'état clinique du patient à son arrivée mais aussi au caractère inapproprié de certains médicaments comme les psychotropes et cela concorde avec les risques médicamenteux de cette classe. Cette déprescription est aussi corrélée aux médicaments à efficacité insuffisante comme les vasodilatateurs cérébraux ou encore des molécules à utilisation discutable chez le sujet âgé tels les anticholinergiques.

En cours d'hospitalisation, ce sont plutôt les résultats d'examens biologiques effectués à l'entrée et toujours le caractère inapproprié des molécules retirées qui ont fait déprescrire d'autres médicaments comme les traitements à visée cardio-vasculaire dont les troubles biologiques ont été les révélateurs d'un effet iatrogène.

Mais la question de la déprescription ne se limite pas à un aspect quantitatif d'un retrait de médicaments de l'ordonnance : une réflexion globale sur le patient est indispensable. Le retrait de médicaments sur l'ordonnance implique trois personnages en interaction : le patient lui-même dans son environnement social, son médecin traitant et le gériatre particulièrement pour sa connaissance plus approfondie du sujet âgé.

Déprescrire, c'est avant tout rationaliser l'approche thérapeutique et la maintenir en adaptant évolution de la maladie et traitement, dans un contexte médical mais aussi humain en tenant compte des relations entre le patient et le ou les prescripteurs.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Broussolle C., Sève P.  
La personne âgé malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.  
Module 5. Faculté de Médecine de Lyons sud 2007
2. Gonthier R., Cathebras P.  
Polypathologies du sujet âgé et réponses thérapeutiques : les pièges à éviter  
Presse med 1999 ;28 :1780-8
3. Queneau P.  
La thérapeutique est aussi la science et l'art de "déprescrire".  
Presse Med. 2004 May 22;33(9 Pt 1):583-5.
4. Paille F.  
La surconsommation médicamenteuse des personnes âgées.  
Thérapie 2004 Mar-Avr ;59(2);215-222
5. Doucet J, Queneau P.  
Adverse drug reactions in the elderly  
Bull Acad Natl Med. 2005 Nov;189(8):1693-707; discussion 1708-9.
6. Beers MH, Ouslander JG.  
Risk factors in geriatric drug prescribing. A practical guide to avoiding problems.  
Drugs. 1989 Jan;37(1):105-12.
7. 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 Sep;151(9):1825-32.
8. 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 Sep;151(9):1825-32.
9. McLeod P.J.; Huang A.R., Tamblyn R.M., David C.  
Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel.  
Can Med Assoc J 1997;156(3):385-91
10. Alperovitch A., Dartigues J.F., Ritchie K., Tsourio C. Mazoyer B., Amouyel P., Ducimetière P., et le  
groupe 3C  
L'étude des Trois Cités : relation entre pathologie vasculaire et démence.  
Rev Med Ass Maladie 2006;37(2):117-124
11. Montamat SC, Cusak B.  
Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly.  
Clin Geriat Med 1992;8:143-58.
12. Gonthier R., Blanc P., Stierlam F.  
Faut-il traiter toutes les maladies de la personne âgée ?  
Thérapie 2004 Mar-Avr ;59(2):227-232
13. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point.  
AFSSAPS . Juin 2005

14. Prescrire chez le sujet âgé.  
Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques. 2006
15. APM  
Des spécialistes invitent à « déprescrire » les personnes âgées qui prennent des médicaments inutiles ou à risque d'effets secondaires.  
Rapport d'une communication orale de P. Queneau, Février 2007
16. Jeandel C, Graille M, Ferry J.  
La prescription médicamenteuse chez la personne âgée.  
Rev Geriatr 1996 ; 21 : 483-8.
17. Queneau P., Bannwarth B., Carpentier F., Guliana J.M., Bouget J., Trombert B., Leverve X.;  
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET).  
Effets indésirables médicamenteux observés dans les services d'accueil et d'urgences français  
(Etude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives).  
Bull Acad Med. 2003;187(4):647-66
18. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al.  
Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults : results of a US  
consensus panel of experts.  
Arch Intern Med 2003 ; 163 : 2716-24
19. Queneau P.  
Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées.  
Bull Mem Acad R Med Belg. 2006;161(6):408-21; discussion 422-4.
20. Kergoat M.J., Champoux N.  
Polymédication et médication inadéquate chez la personne âgée  
Revue de gériatrie 1998 ; 23 :681-690
21. Lazarou J., Pomeranz B.H., Corey P.N.  
Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies.  
JAMA 1998 ;279:1200-1205
22. Polypathologie et médicaments, iatropathologie  
Chapitre 11, Corpus de gériatrie, Janvier 2000
23. Doucet J., Chassagne P., Trivalle C., Landrin I., Pauty M.D., Kadri N., Ménard J.F., Bercoff E.  
Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: a prospective study of 1000  
patients.  
J Am Geriatr Soc 1996;44:944-8.
24. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé.  
HAS octobre 2007
25. Fahey T., Montgomery A.A, Barnes J., Protheroe J.  
Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home : controlled  
observational study  
Bmj.com 2003;326;380
26. Lau D.T., Kasper J.D., Potter D.E.B., Lyles A.  
Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents : their scope  
and associated residents and facility characteristics.  
Health Services Research 39:5 ( October 2004)
27. Lecadet J. et al.  
Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine.  
I. Données nationales, 2000.

28. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, objectif général.  
Direction générale de la santé, DGS/ GTNDO Mise à jour 27/ 03/ 03
29. Legrain S.  
Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé.  
HAS 2005
30. Leger S., Bedouch P., Allenet B., Calop J.  
Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé.  
J Pharm Clin. 2001 ;20(2) :110-3
31. Kruse W, Rampmaier J, Frauenrath-Volkers C, Volkert D, Wankmuller I, Micol W, Oster P, Schlierf G.  
Drug-prescribing patterns in old age. A study of the impact of hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older.  
Eur J Clin Pharmacol. 1991;41(5):441-7.
32. Aparasu RR, Mort JR.  
Inappropriate prescribing for the elderly: beers criteria-based review.  
Ann Pharmacother. 2000 Mar;34(3):338-46.
33. Stolley JM, Buckwalter KC, Fjordbak B, Bush S.  
Iatrogenesis in the elderly. Drug-related problems.  
J Gerontol Nurs. 1991 Sep;17(9):12-7.
34. Fourier A, Dequae L, Chasleric A, et al.  
Sociodemographic characteristics and polypharmacy in elderly people : data from the Paquid study.  
Post Mark Surv 1993 ; 7 : 291-8.
35. Allard J, Hebert R, Rioux M, Asselin J, Voyer L.  
Efficacy of a clinical medication review on the number of potentially inappropriate prescriptions prescribed for community-dwelling elderly people.  
CMAJ. 2001 May 1;164(9):1291-6.
36. Queneau P., Grandmottet P.  
Prévention de la iatrogénie évitable : le devoir de vigilance  
La Presse Médicale - Septembre 1998
37. Polypathologie et médicaments, iatropathologie  
Chapitre 11  
Corpus de gériatrie – Janvier 2000
38. Ankri J.  
Risque iatrogène et population âgée.  
Actualité et Dossier en Santé Publique, 1999 juin, n°27,41-43
39. Rochon PA, Gurwitz JH.  
Prescribing for seniors: neither too much nor too little.  
JAMA. 1999 Jul 14;282(2):113-5..
40. Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S.  
Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly.  
JAMA. 1994 Jul 27;272(4):292-6.

41. Ankri J., Puisieux F., Rainfray M.  
La consultation de gériatrie.  
Gerosanté.fr
42. Vellas B; et al.  
Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère.  
Revue de gériatrie 2005 ; 30 :627-640
43. Dreifuss-Netter F.  
Refus, limitation ou arrêt des traitements dans la loi relative à la fin de vie.  
Centre de documentation multimédia en droit médical. 16/05/07

## 8. ANNEXES

### Annexe 1. Grille de recueil des informations issues du dossier patient

<b>Age du patient :</b>	
<b>Sexe :</b>	
<b>Date entrée :</b>	<b>Durée d'hospitalisation :</b>
<b>Motif(s) d'hospitalisation :</b>	

#### **ATCD :**

<b>Démence :</b>	<b>MMS :</b>

<b>Natrémie :</b>	<b>Kaliémie :</b>
<b>Clairance créatinine :</b>	<b>Albuminémie :</b>
<b>Glycémie :</b>	<b>Bilan hépatique :</b> <b>ASAT/ALAT :</b> <b>GGT/PAL :</b> <b>BL/BC:</b>
<b>INR :</b>	<b>Hb :</b> <b>GB :</b> <b>Plaquettes :</b> <b>Réticulocytes :</b>
<b>TSH :</b>	<b>CRP :</b>

<b>Poids :</b>	<b>Poids habituel :</b>
----------------	-------------------------

Traitement reconduit à J1 de l'hospitalisation :

	<b>Médicament1</b>	<b>Médicament2</b>	<b>Médicament3</b>	<b>Médicament4</b>	<b>Médicament5</b>
<b>NOM</b>					
<b>DCI</b>					
<b>Classe</b>					
<b>Indication(s)</b>					
<b>Posologie</b>					
<b>Retrait o/n</b>					
<b>Raison(s) du retrait</b>					
<b>Jour de révision</b>					
<b>Schéma thérapeutique de retrait :o/n</b>					
<b>Substitution o/n</b>					
<b>Classe de substitution</b>					
<b>Complications dues au retrait</b>					
<b>Réintroduction o/n</b>					

## Annexe 2. Motifs d'hospitalisation

	Fréquence	Pourcentage
AEG	22	24,7
agitation	1	1,1
altération thymique aigue	1	1,1
anémie	5	5,6
bilan hypogammaglobulinémie	1	1,1
chutes	8	9,0
décompensation cardiaque	4	4,4
déséquilibre diabète	1	1,1
détérioration cognitive	1	1,1
diarrhées + vomissements	1	1,1
douleurs diffuses	1	1,1
douleurs lombaires	1	1,1
dyspnée	2	2,2
engorgement bronchique	1	1,1
état de mal convulsif	1	1,1
fièvre prolongée	1	1,1
gonalgie G	1	1,1
hallucinations	1	1,1
hallucinations auditives et visuelles	1	1,1
hallucinations visuelles	1	1,1
hyponatrémie	1	1,1
perte autonomie	4	4,5
plaies cutanées chroniques	2	2,2
pneumopathie	1	1,1
purpura membres inférieurs	1	1,1
sciatalgie D	1	1,1
sciatique hyperalgique	1	1,1
suspicion embolie pulmonaire	1	1,1
syndrome dépressif	2	2,2
syndrome inflammatoire biologique	2	2,2
syndrome confusionnel	1	1,1
syndrome subocclusif	1	1,1
thrombocytose	1	1,1
troubles psychocomportementaux	10	11,2
Troubles de vigilance sous neuroleptiques	1	1,1
trouble des fonctions supérieures	2	2,2
phlébite	1	1,1
Total	89	100,0

Annexe 3 : liste des antécédents (ATCD) des patients hospitalisés.

- ATCD cardiovasculaires

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
HTA	30	53,6	16	55,2	2	
ACFA	18	32,1	5	17,2	0	
Cardiopathie ischémique/IDM/angor	14	25,0	6	20,7	1	
EP et/ou TVP	8	14,3	4	13,8	1	
Valvulopathie	9	16,1	1	3,4	1	
AOMI	5	8,9	2	6,9	1	
Insuffisance veineuse	7	12,5	1	3,4	0	
Autre FDR CV (tabac, obésité)	6	10,7	1	3,4	0	
Insuffisance cardiaque	4	7,1	2	6,9	1	
Pacemaker	4	7,1	1	3,4	1	
Troubles de conduction, BAV	1	1,8	0		0	
Myocardiopathie	0		1	3,4	0	

- ATCD neuropsychiatriques

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
AIT/AVC	12	21,4	5	17,2	1	
Syndrome dépressif	10	17,9	7	24,1	0	
Hématome cérébral	2	3,6	0		0	
Epilepsie	1	1,8	0		0	
SLA	1	1,8	0		0	
Episode délirant	0		1	3,4	0	
Maladie de Parkinson/ Syndrome parkinsonien	1	1,8	0		0	

- ATCD pneumologiques

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
BPCO	1	1,8	1	3,4	1	
Dilatation des bronches	0		1	3,4	0	
Pneumopathie	1	1,8	0		0	
Asthme	1	1,8	0		0	
Syndrome d'apnée du sommeil	0		1	3,4	0	

- ATCD uro-néphrologiques

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Insuffisance rénale	6	10,7	3	10,3	2	
Adénome prostatique	4	7,1	2	6,9	0	
Syndrome néphrotique	0		1	3,4	0	
RAU/globe vésical	0		1	3,4	0	
Néphrectomie	1	1,8	0		0	
Troubles mictionnels isolés	1		0		0	
Sténose de l'artère rénale	0		1	3,4	0	

- ATCD digestifs

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
UGD/gastrite/hernie hiatale	6	10,7	6	20,7	0	
Ethylisme chronique	6	10,7	1	3,4	0	
Oesophagite/EBO	2	3,6	2	6,9	0	
Diverticulose	1	1,8	0		0	
Colite ischémique	0		1	3,4	0	
Colopathie fonctionnelle	1	1,8	0		0	
Maladie inflammatoire de l'intestin	0		0		1	

- ATCD endocrinologiques

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ostéoporose	7	12,5	6	20,7	0	
Dyslipidémie	10	17,9	2	6,7	1	
Diabète	9	16,1	2	6,7	1	
Dysthyroïdie	3	5,4	3	10,3	0	
Adénome hypophysaire	1	1,8	0		0	

- ATCD néoplasiques

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cutané	4	7,1	3	10,3	1	
Sein	4	7,1	0		0	
Prostate	3	5,4	0		0	
Colique	2	3,6	0		0	
Ethmoïde	1		0		0	
Ovaire/utérus	1		0		0	

- Autres antécédents

	Lieu de vie antérieur du patient					
	Domicile (n=56)		Maison de retraite / foyer logement (n=29)		Etablissement de soins de longue durée (n=4)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tassement vertébral	4	7,1	3	10,3	0	
Allergie médicamenteuse	6	10,7	1	3,4	0	
Anémie	5	8,9	1	3,4	0	
Hémopathie	6	10,7	0		0	
Tuberculose	3	5,4	1	3,4	1	
Plaies chroniques/escarres/ulcères	2	3,6	2	6,9	0	
Syndrome rhumato	1	1,8	1	3,4	0	
Dysglobulinémie	2	3,6	0		0	
Hypotension orthostatique	2	3,6	0		0	
Surdité	1	1,8	0		0	
Intolérance aux neuroleptiques	1	1,8	0		0	
Lombalgie/cruralgie	1	1,8	0		0	
Glaucome	1	1,8	0		0	

Annexe 4. Nombre et pourcentage des patients en fonction du nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance de ville.

Nombre de médicaments	Nombre de patients	Pourcentage
,00	2	2,2
1,00	3	3,4
2,00	2	2,2
3,00	3	3,4
4,00	8	9,0
5,00	14	15,7
6,00	13	14,6
7,00	10	11,2
8,00	6	6,7
9,00	13	14,6
10,00	7	7,9
11,00	3	3,4
12,00	2	2,2
13,00	1	1,1
14,00	1	1,1
15,00	1	1,1
Total	89	100,0

Annexe 5. Nombre et pourcentage des patients en fonction du nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance de sortie.

Nombre de médicaments	Nombre de patients	Pourcentage
1,00	1	1,1
2,00	4	4,5
3,00	3	3,4
4,00	6	6,7
5,00	7	7,9
6,00	9	10,1
7,00	7	7,9
8,00	11	12,4
9,00	12	13,5
10,00	11	12,4
11,00	9	10,1
12,00	2	2,2
13,00	3	3,4
14,00	1	1,1
15,00	1	1,1
16,00	2	2,2
Total	89	100,0

Annexe 6. Effectif et pourcentage de médicaments retirés ou ajouté à l'ordonnance.

Nombre de médicaments	Nombre de patients	Pourcentage
-8,00	1	1,1
-7,00	1	1,1
-6,00	1	1,1
-4,00	4	4,5
-3,00	4	4,5
-2,00	6	6,7
-1,00	13	14,6
,00	6	6,7
1,00	10	11,2
2,00	11	12,4
3,00	12	13,5
4,00	7	7,9
5,00	5	5,6
6,00	1	1,1
7,00	3	3,4
8,00	2	2,2
9,00	1	1,1
10,00	1	1,1
Total	89	100,0

Annexe 7. Liste des autres classes médicamenteuses non explicités : 221 médicaments

- Antiémétique
- Œstrogènes
- Hypouricémiants
- Anti-hypotenseurs
- Insuline
- Antispasmodique
- Protecteurs gastriques
- Antivertigineux
- Antidiarrhéique
- Hormones thyroïdiennes
- Antiœstrogènes
- Antiallergiques
- Antibiotiques
- Erythropoïétine
- Collyres ophtalmologiques
- Biphosphonates
- Statines
- Fibrates
- Myorelaxants (non benzodiazépine)
- Veinotoniques
- Bronchodilatateurs inhalés

Titre de Thèse : La déprescription chez le sujet âgé : « À propos des prescriptions de l'entrée jusqu'à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique ».

---

## RESUME

-Dans la population âgée, on observe une prédominance de sujets polypathologiques et polymédiqués. La mise à jour de l'ordonnance est indispensable dans ce contexte de fragilité, et il faut savoir retirer des médicaments qui n'ont pas ou plus leur place dans l'ordonnance. Notre étude porte sur l'étude des médicaments déprescrits à l'entrée puis en cours d'hospitalisation chez 89 patients hospitalisés dans un service de Médecine Polyvalente Gériatrique. Elle permet ainsi d'effectuer une analyse des traitements retirés, une mise en parallèle avec les référentiels de prescription existants, et d'étudier les conditions particulières de déprescription chez les sujets âgés. La déprescription répond donc à un besoin de rationalisation : optimisation des traitements en brisant la chaîne de cumul des traitements pour la remplacer par une approche tenant compte du patient dans sa globalité.

---

## MOTS-CLES

Déprescription  
Consommation médicamenteuse du sujet âgé  
Polymédication  
Traitement médicamenteux  
Prescription médicamenteuse inappropriée  
Iatrogenèse  
Effets indésirables médicamenteux