

La surmédicalisation des personnes âgées et les obstacles à la déprescription

- Démographie actuelle et à venir des personnes âgées
- Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées: données
- Ce qui fait penser qu'il y a surprescription: accidents iatrogéniques évitables et outils d'analyse de la prescription

- La déprescription, conséquence entre autres de la surprescription
- Les obstacles à la déprescription chez les personnes âgées:
 - Obstacles liés au système de soins
 - Obstacles liés au prescripteur
 - Obstacles liés au patient

Démographie actuelle et à venir des personnes âgées

- « Personnes âgées »: on s'accorde pour qualifier ainsi les sujets âgés de plus de 75 ans ou ceux de plus de 65 ans porteurs de polypathologies

DEMOGRAPHIE DES PA

- 12,5 millions plus de 65 ans:18,5%
- 65-75 ans: 6 millions, soit 9% de la population
 - Plus de 75 ans: 5,4 millions, soit 8%
 - 75-85 ans: 3,6 millions soit un peu plus de 5%
 - Plus de 85 ans: 2 millions, environ 3%

Démographie à venir

- Selon les projections de population de l'INSEE, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060. Quant aux plus de 75 ans, ils représenteront plus de 16% de la population totale soit le double qu'actuellement

Polymédication: les trois types de raisons de prescrire chez les sujets âgés

- Traitement (justifié) de pathologies multiples, apparaissant avec l'âge
- Traitement de facteurs de risques: dyslipidémies, HTA modérée, déminéralisation osseuse: baisse constante des seuils (*La fabrique des seuils, F. PESTY, Pratiques*)
- Traitements pour retarder le vieillissement, médicaments « de confort »

Polymédication chez les personnes âgées: données

- Où commence la Polymédication? On cite souvent au-delà de 5 médicaments, mais pour certains c'est 10, dans l'étude que nous avons faite les sujets âgés disaient trois
- La grosse étude de l'IRDES publiée en 2015 s'est intéressée à l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires de l'Assurance Maladie: 16000 hommes, 27000 femmes, âge moyen 82 ans. Environ la moitié ne bénéficie pas d'une ALD, un tiers d'une ALD, 15% de deux ALD

Polymédication chez les personnes âgées: données

- Ils ont distingué la polymédication cumulative et la polymédication continue
- Avec un seuil à 5 médicaments, on trouve 80% des plus de 75 ans, à 10 médicaments (seuil qu'ils ont retenu), 30%, et même 40% si l'on tient compte des associations médicamenteuses
- Les traitements de fond, continus, représentent 77% des médicaments

Polymédication chez les personnes âgées: données

- Hormones 4%
- Anti-diabétiques 6%
- Dermatologie 6%
- Organe des sens 7%
- Vitamines, minér. 8%
- Anti-infectieux 8%
- App. génito-urinaire 8%
- Appareil respiratoire 12%
- Sang, et organes Hématopoïétiques 14%
- Psychotropes 16%
- Appareil locomoteur 16%
- Appareil digestif 17%
- Système Nerveux Central 21%
- **Appareil cardiovasculaire 51%**

La iatrogénie, preuve de surprescription

- L'Etude Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins (ENEIS), réalisée en 2004 dans un échantillon d'établissements de santé en France, a montré que 39% des événements indésirables graves étaient dus à des médicaments (MICHEL et al., 2005).

La iatrogénie, preuve de surprescription

- Les effets indésirables médicamenteux sont plus graves chez les personnes âgées : 20 % des effets indésirables conduisent à une hospitalisation (MONTAMAT et CUSACK, 1992). Dix à 20 % des hospitalisations sont dues à un effet indésirable médicamenteux (LAMY, 1990 ; DOUCET et al., 1996). La gravité est liée à la fragilité du terrain : un simple malaise par hypotension orthostatique peut entraîner une chute à l'origine d'une fracture et d'une perte d'autonomie.

La iatrogénie, preuve de surprescription

- Les facteurs de risque de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sont nombreux.
- On peut les classer schématiquement en deux groupes :
 - Les facteurs de risque liés à la fragilité de la personne âgée
 - Les facteurs de risque liés au traitement : polymédication, médicaments inappropriés, prescriptions inadaptées.

Médicaments inappropriés chez le sujet âgé

- Sous l'angle quantitatif, la polymédication a été définie par MONTAMAT et CUSACK (1992) comme une disproportion entre le nombre de médicaments administrés et le nombre de symptômes cliniques. Il est alors pris en compte la notion de traitement inadéquat ou non approprié chez la personne âgée.

Quels outils pour mettre en évidence une surprescription ou une prescription inappropriée?

- Ce sont soit des listes de médicaments à éviter, avec éventuellement des alternatives:
 - Listes BEERS, Mc LEOD pour les Anglo-Saxons, avec adaptation à la France (Années 90)
 - Liste LAROCHE, Française (2007)

Médicaments inappropriés chez le sujet âgé

On y trouve:

-Beaucoup de médicaments ayant des effets Atropiniques (anticholinergiques) plus ou moins cachés, tels certains antihistaminiques, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques

Il existe d'ailleurs plusieurs études classant les médicaments selon leur effet anticholinergique et proposant des alternatives thérapeutiques.

Médicaments inappropriés chez le sujet âgé

- Les BZD à longue durée d'action
- Antihypertenseurs d'action centrale (guère plus employés)
- La Nitrofuradoïne
- Les médicaments à marge thérapeutique étroite, telle la digoxine
- Les hypoglycémifiants à demi-vie longue (Glucidoral, Ozidia)

Médicaments inappropriés chez le sujet âgé

- Les « vieux » AINS: Indocid, Phénylbutazone
- L'association de deux médicaments de la même classe thérapeutique
- Laxatifs stimulants

Cette liste a un peu vieilli, et l'étude citée plus haut montre qu'en fait il se prescrit aujourd'hui moins de médicaments d'effet douteux ou nul, et plus de médicaments réellement actifs...mais il ne s'en prescrit pas moins!

Listes STOPP et START

- Une autre façon de voir les choses a été l'établissement d'une part d'une liste de médicament à interrompre chez la personne âgée: STOPP (Screening Tools of Older Person's Prescription)
- Et d'autre part d'une liste de médicaments recommandés dans certaines pathologies: START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).

Listes STOPP et START

- Echelle traduite et validée en français
- Cible les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie
- STOPP: comprend 65 cas de médicaments inappropriés
- START: comprend 22 cas de défaut de prescription

Listes STOPP et START

Chaque item est expliqué et bénéficie lorsque cela est indiqué d'une alternative thérapeutique

- **L'OBJECTIF DE L'OUTIL EST DE REPERER chez le PATIENT de plus de 65 ans:**
- Les principales interactions médicamenteuses et les effets indésirables en lien direct avec la prescription de ces médicaments
- Les EI et les interactions en regard des comorbidités des patients et de la prescription de ces médicaments (notamment les chutes)
- L'omission de prescriptions des médicaments considérés comme indispensables (START)

Listes STOPP et START

Impact au niveau économique: non encore prouvé

- Impact sur morbi-mortalité: résultats discordants pour STOPP
- Impact FORT sur la MORTALITÉ de START surtout pour AVK et AC/FA.

Listes STOPP et START

Malheureusement ces listes, si elles sont sans doute utiles pour les patients hospitalisés ou en institution (à condition qu'elles soient régulièrement remises à jour), ne sont pas considérées comme utilisables en pratique quotidienne par le Médecin généraliste

LES OBSTACLES A LA DEPRESCRIPTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Obstacles liés au système de soins

- Paiement à l'acte des médecins généralistes, d'où:
 - Tendances à multiplier les actes (d'autant que la consultation est peu rémunérée)
 - Nécessité de ne pas perdre sa clientèle, et donc de ne pas pouvoir facilement prescrire « juste », être obligé de tenir compte des demandes non justifiées

Obstacles liés au système de soins

- Des laboratoires pharmaceutiques de statut privé ayant pour objectif d'accroître leurs profits pour pouvoir verser des dividendes à leurs actionnaires
- Donc à inciter les médecins à prescrire plus
- Et à privilégier la recherche de médicaments rentables

Obstacles liés au système de soins

- Des sociétés savantes , des revues médicales (hors « Prescrire »), des experts et des « leaders d'opinion », des Associations de patients financièrement (plus ou moins) dépendants de l'industrie pharmaceutique.

Obstacles: ce que disent les médecins

- L'obstacle le plus souvent cité par les médecins est le refus du patient lui-même:

Pression du médico-légal

Peur de perdre la confiance du patient

Peur de perdre ce « lien » dans l'alliance thérapeutique

Obstacles: ce que disent les médecins

- Crainte de modifier un traitement jugé « à l'équilibre », même s'il comporte des médicaments inutiles...qui de toute façon sont souvent accessibles sans ordonnance
- Craintes:
 - De la réapparition des symptômes, en particulier pour les antalgiques
 - D'un effet rebond, par exemple pour les IPP
 - D'un syndrome de sevrage: surtout pour les psychotropes

Obstacles: ce que disent les médecins

- Obstacle déontologique: traitement prescrit par un confrère, par un spécialiste, par un hospitalier
- Manque de temps: on n'a pas besoin de s'expliquer lorsque l'on rajoute un médicament, mais il faut le faire longuement lorsque l'on veut en supprimer un. (Il existe cependant une rémunération pour la révision du traitement des personnes en ALD, peu connue et peu utilisée)

Obstacles: ce que disent les médecins

- Il existe des recommandations de prescriptions, élaborés par les sociétés savantes, et censées être fondées sur l'EBM
- Il n'existe pas de recommandations de déprescription de la même force
- Les démarches « STOPP » et « START », les listes de médicaments déconseillés type LAROCHE sont peu connues des MG et jugées quasi impossibles à mettre en œuvre dans le contexte d'une pratique de ville

Obstacles: ce que disent les patients

- Pas beaucoup d'études, la plus importante à ce jour en France étant la thèse de médecine de Mme Guilluy (2012), quelques autres études moins fouillées et avec des effectifs moindres

Obstacles: ce que disent les patients

Cherchant à savoir:

- D'une part si les patients connaissent le nombre de médicaments qu'ils prennent, et à quoi ils servent
- S'ils estiment en avoir trop, pas assez ou juste ce qu'il faut
- Leurs réactions face à une proposition de déprescription
- Et les raisons de leur attitude

Obstacles: ce que disent les patients

- La grande majorité est incapable de dire correctement à quoi sert chaque médicament
- Ceux qui pensent en prendre trop en prennent en moyenne 8, ceux qui pensent que non 6
- Alors qu'ils disent qu'au dessus de 3 ou 4 on ne sait pas vraiment ce qui se passe

Obstacles: ce que disent les patients

- Comme les médecins, crainte:
 - De la réapparition des symptômes
 - D'un effet de sevrage

Obstacles: ce que disent les patients

- Si le médecin retire ce traitement parce qu'il le juge inutile, pourquoi alors me l'avoir donné si longtemps?
- Si le médecin me retire ce traitement en raison de mon âge (Ex: statine après 80 ans), cela veut dire qu'il s'en fiche que je crève, ma vie n'a plus de valeur

Obstacles: les sources de l'attitude des patients

- Ils croient qu'il existe un remède pour chaque maladie ou symptôme
- Ils croient qu'on peut ainsi retarder (à l'infini...) la mort
- Ils trouvent qu'il est plus facile de prendre un comprimé que de modifier ses habitudes de vie

Attitudes des patients face aux propositions de déprescription

- La moitié des patients âgés disent accepter la déprescription, un tiers se dit hésitant et 15% opposés
- Les patients hésitants ou opposés:
 - Sont plus souvent de sexe féminin
 - Vivant seuls
 - Accordant plus d'importance à la relation avec leur médecin qu'à ses capacités à prescrire « juste »

Attitudes des patients face aux propositions de déprescription

- Ces patients:
 - Se disent plus « dépendants » de leur traitement que ceux qui acceptent la déprescription

Ceux qui acceptent la déprescription vivent plus souvent en couple, sont plus autonomes, connaissent mieux leur traitement

Attitudes des patients face aux propositions de déprescription

- Il semble que l'on retrouve ce que l'on observe en éducation thérapeutique:
 - Des patients autonomes à « locus de contrôle interne »
 - Des patients passifs à « locus de contrôle externe ».

Déprescription: les contradictions

- Les patients se disent majoritairement favorables à la déprescription, les médecins pensent qu'on peut y arriver à la longue

Cependant:

- il se prescrit de plus en plus de médicaments au fil des ans
- Lorsqu'une ordonnance est réduite lors d'un passage en institution, le nombre de médicaments revient au chiffre antérieur 3 mois après le retour au domicile, et le dépasse 6 mois plus tard
- Une étude Québecquoise a montré qu'une revue de l'ordonnance par des hospitaliers n'a aucun effet

Déprescription: les contradictions

- Il faut du temps pour déprescrire, mais on observe que plus une consultation est longue et plus elle aboutit à davantage de prescriptions
- La confiance est un élément indispensable pour la déprescription, mais ceux qui sont le plus attachés à leur médecin y sont les moins favorables
- La multiplicité des prescripteurs est source de surprescription, mais elle peut aider à la déprescription.

Alors, que faire?

- Pour les médecins: améliorer leur formation, travailler en groupe, avoir des correspondants abonnés à « Prescrire », y aller progressivement et avec tact, ne plus être payé à l'acte
- Pour les patients: améliorer leur autonomie, éducation thérapeutique? (Actuellement c'est surtout sur l'observance que c'est développé)
- Rôle des pharmaciens souhaité, mais est-ce possible en ville?
- ET.....????