

La réévaluation des prescriptions en gériatrie : une collaboration médecin-pharmacien

Reassessment of prescriptions in geriatrics: a physician-pharmacist collaboration

Anne Hausherr¹, Aïssé Diallo¹, Camille Bontour-Lebon¹, Michèle Minvielle², Roselyne Gervais¹

¹ Service de pharmacie, Centre hospitalier de Saint-Denis, Saint-Denis, France

² Unité de soins de longue durée, Centre hospitalier de Saint-Denis, Saint-Denis, France

Résumé. L'unité de soins de longue durée 1 du centre hospitalier de Saint-Denis accueille 50 patients âgés grabataires nécessitant des soins trop importants pour un hébergement en Ehpad. Une réévaluation complète de leur prescription était difficilement réalisable malgré une analyse pharmaceutique bi-hebdomadaire. Une analyse quotidienne ne semblait pas pertinente en raison d'un faible taux de modifications. Des réunions de revues de prescriptions ont donc été réalisées par une équipe pluridisciplinaire. Une analyse pharmaceutique des ordonnances, fondée sur les recommandations nationales et internes pour les sujets âgés, précédait les réunions entre médecin, pharmacien et infirmier. Cinquante-quatre patients ont bénéficié d'une revue de leur prescription, qui présentait chacun en moyenne 9,7 médicaments. Quatre types d'actions ont été menées : l'arrêt des médicaments non indiqués (55/697), la modification des posologies non optimales (25/697), l'interception des interactions médicamenteuses (1/697) et la recherche des formes galéniques adaptées à d'éventuels troubles de la déglutition (13/697). Plus de 70 % des 54 patients ont bénéficié d'une optimisation de traitement et les avis pharmaceutiques ont été suivis par le médecin dans 95,8 % des cas.

Mots clés : déprescription, sujet âgé, médicament potentiellement inapproprié

Abstract. The long-term care unit 1 accommodates 50 patients who are generally elderly, bedridden, not eligible for retirement home. Complete prescription reviews were difficult to achieve, despite pharmaceutical analysis twice a week. A daily analysis did not seem relevant due to a limited number of therapeutic changes expected. Reassessment of prescriptions were conducted by a multidisciplinary team. A prescription drug analysis, based on national and local recommendations for elderly patients, preceded meetings between doctors, pharmacists and nurses. Four types of actions were carried out: discontinuation of unspecified drugs (55/697), modification of non-optimal doses (25/697), interception of risky drugs interactions (1/697), and research of adaptation of galenic forms for patients with swallowing disorders (13/697). More than 70% of the 54 patients benefited from an optimization of their treatments, and the pharmaceutical opinions were followed by the doctor in 95.8% of cases.

Key words: deprescribing, elderly, potentially inappropriate drugs

Les sujets âgés sont des sujets à risque élevé d'iatrogénie médicamenteuse en raison de leurs comorbidités qui nécessitent une polymédication.

Aux États-Unis et en Australie, plus de la moitié de la population de plus de 65 ans vivant en maison de retraite compte au minimum 5 médicaments sur son ordonnance [1]. Au Canada, ce chiffre monte à deux personnes âgées sur trois, et plus d'un quart consomment plus de 10 médicaments par jour [2]. En France, selon un rapport

Correspondance : A. Hausherr
<anne.hausherr@gmail.com>

de la Haute autorité de santé (HAS), les patients de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus [3].

En plus d'être les principaux consommateurs de médicaments, les personnes âgées sont plus à même de manifester des effets indésirables ; leurs capacités d'adaptation aux changements (chute, dénutrition, stress psychologique, affection aiguë. . .) diminuant avec l'âge. Il est également connu que le profil pharmacocinétique des médicaments est modifié chez le sujet âgé : modification de la cinétique d'absorption, modification de la distribution avec une augmentation de la fraction libre des médicaments et une différence de répartition masse grasse/masse maigre, diminution de la clairance métabolique et rénale. . . Cela nécessite parfois une adaptation posologique des médicaments en fonction du profil du patient. Enfin, trois causes connues de prescription suboptimale sont souvent retrouvées chez la personne âgée. L'*overuse* correspond à un médicament prescrit sans indication : le plus souvent, ce médicament a été introduit depuis plusieurs mois voire années, et le clinicien ne retrouve pas le motif de cet ajout. Le prescripteur peut présenter des craintes à interrompre le traitement. L'*underuse* correspond à l'absence de prescription d'un médicament alors que son efficacité est prouvée dans la pathologie du patient, le plus souvent par crainte d'apparition d'effets indésirables. Le *misuse* correspond à la prescription d'un traitement dont le rapport bénéfice/risque est défavorable et dont il existe une alternative thérapeutique plus sûre.

C'est pourquoi les autorités et les sociétés savantes développent des programmes aidant les prescripteurs à réévaluer régulièrement les balances bénéfice-risque de chaque médicament. L'objectif est de favoriser la déprescription des médicaments inadaptés ou inappropriés. Différents observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) et la HAS, et autres sociétés savantes ont élaboré au fil des années plusieurs recommandations : le guide de bon usage des médicaments en gériatrie (OMEDIT Grand Est) [4], des informations pour prévenir l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée (OMEDIT Bretagne) [5], le programme « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) lancé par la HAS en 2006 [6], la publication d'une liste nationale sur les médicaments *per os* concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules de la SFPC en 2015 [7]. . . D'autres recommandations françaises comme la liste de Laroche [8], et internationales comme la liste STOPP/START [9] ont également servi de base à notre travail.

La collaboration étroite entre médecins et pharmaciens a permis depuis de nombreuses années de rédiger et mettre en œuvre une politique d'amélioration de la prise

en charge médicamenteuse comportant un chapitre particulier pour les sujets âgés. Celle-ci a permis de réaliser plusieurs évaluations de pratiques professionnelles (EPP), portant sur la pertinence des prescriptions et sur les modalités d'administration des médicaments. L'une d'elles, menée en 2012 par un groupe de travail constitué de médecins gériatres, pharmaciens et infirmières, portait sur l'évaluation de la capacité de prise médicamenteuse. Il en a résulté la mise à disposition d'un livret thérapeutique du sujet âgé, interne à l'hôpital, regroupant les médicaments *per os* spécifiquement disponibles au sein de l'établissement, proposant des adaptations en fonction des capacités de prise du patient, ainsi que des conseils de prescription pour le sujet âgé basés sur la liste de Laroche. Deux autres EPP ont été menées par la suite, avec pour objectif la réévaluation de la prescription de deux classes de médicaments potentiellement inappropriés : les psychotropes (2014) et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (2015).

L'analyse pharmaceutique réalisée est de niveau deux selon les critères SFPC [10], fondée sur les données clinico-biologiques des patients. Elle est effectuée deux fois par semaine pour toute modification de prescription, ou tout nouvel entrant. En pratique, le pharmacien et l'interne en pharmacie se partagent les services à valider selon un planning hebdomadaire prédéfini. La validation du court séjour gériatrique est réalisée quotidiennement car les patients ont des pathologies aiguës, et de nouveaux patients sont admis chaque jour : de nouvelles ordonnances sont donc prescrites chaque jour. Les patients de long séjour restant au minimum plusieurs mois et ayant des pathologies chroniques, leurs traitements ne sont pas modifiés tous les jours. Leurs ordonnances ne sont donc validées que deux fois par semaine.

Un échange pharmacien-prescripteur est réalisé à l'issue de l'analyse, *via* la rédaction d'une opinion pharmaceutique transmise par voie électronique, téléphone ou en se déplaçant dans le service. En 2016, au sein de l'USLD où a été menée cette étude, 745 prescriptions ont été analysées. Neuf pour cent d'entre elles ont fait l'objet d'au moins une intervention pharmaceutique (données personnelles non publiées). Ce pourcentage est plus faible que d'autres chiffres retrouvés en France aux urgences (15,2 %) [11] ou en médecine interne (11,4 %) [12], étant donné le faible nombre de nouveaux patients et la présence d'un seul médecin senior prescripteur. Cependant, cette analyse pharmaceutique ne permet pas une réévaluation complète de la prescription.

C'est dans ce contexte et à la demande du médecin du service que des révisions de prescriptions ont été mises en place. L'objectif était d'obtenir une meilleure prise en charge individualisée du patient en favorisant la déprescription des médicaments non indiqués ou inappropriés, et en promouvant le bon usage, en luttant contre l'emploi

abusif ou la sous-utilisation de certains médicaments. Une adaptation de la thérapeutique aux capacités de prise du patient est réalisée lorsque cela est nécessaire. La pertinence globale de la prescription, par un accompagnement du prescripteur dans sa prise de décision, est recherchée.

Matériel et méthode

Une étude observationnelle a été menée dans le Centre hospitalier de Saint-Denis qui dispose d'un pôle gériatrique de 315 lits répartis entre des services de soins aigus (court séjour gériatrique (24 lits), unité cognitivo-comportementale (10 lits)), de moyens séjours (Soins de suite gériatrique (28 lits)) et de longs séjours (Unité de soins de longue durée 1 et 2 (100 lits), Ehpad (75 lits)). Les patients accueillis présentent différentes caractéristiques rendant leur prise en charge thérapeutique complexe : comorbidités impliquant une polymédication, troubles cognitifs fréquents et isolement social. Sur ce site, l'équipe pharmaceutique, composée d'un pharmacien, un interne en pharmacie et un préparateur en pharmacie, est présente chaque matin du lundi au vendredi. Elle assure quotidiennement l'analyse pharmaceutique des prescriptions des patients de l'ensemble du site, et la dispensation hebdomadaire individuelle nominative pour les services d'USLD et Ehpad.

L'unité de soins de longue durée (USLD) dans laquelle l'étude a été réalisée accueille 50 patients, pour la plupart grabataires, dont le retour à domicile est impossible, et nécessitant des soins trop importants pour un hébergement en Ehpad. En effet, les USLD accueillent des personnes âgées de plus de 65 ans, ayant des pathologies décompensées ou à haut risque de décompensation et ayant perdu leur autonomie de vie. Ces patients y séjournent plusieurs mois, mais le plus souvent plusieurs années voire jusqu'à la fin de vie. Tous les patients du service ont été inclus et suivis dans l'étude, sans critère d'exclusion.

En février 2017, une réunion préliminaire entre le médecin de l'USLD et le pharmacien a été organisée afin de définir l'objectif de ces réunions de révision d'ordonnances, ainsi que leur fréquence. Une revue bibliographique des articles concernant les revues de prescription en gériatrie sur PubMed, sur les sites des organisations nationales (OMEDIT, HAS) et des sociétés savantes (Société française de pharmacie clinique) a été menée au préalable, afin de définir les critères de réévaluation. Plusieurs notions ont été recherchées en français et en anglais telles que « déprescription », « iatrogénie », « gériatrie », « intervention pharmaceutique », « prescribing review », « potentially inappropriate medication »...

Un groupe de travail a par la suite été constitué : il était composé d'un médecin, un infirmier diplômé d'état (IDE),

un pharmacien et un interne en pharmacie. Dans le service de soins, les IDE évoluent au plus près du patient, assurent la bonne prise médicamenteuse, et signalent au médecin les refus de prise médicamenteuse ainsi que leur raison. Ils rapportent également au prescripteur les préférences des patients. Le groupe de travail se réunit tous les mois pour discuter de cinq dossiers, sélectionnés à l'avance. À la demande du médecin, à partir de novembre 2017, la fréquence des réunions est passée à une fois par semaine. L'objectif était de réaliser une révision d'ordonnance pour chaque patient du service au moins une fois par an.

Les dossiers ont été sélectionnés de manière arbitraire, en suivant le numéro de chambre dans le service. Cependant, en cas de nouvelle admission dans le service ou de problème spécifique, le dossier était prioritaire. Une fois toutes les ordonnances passées en revue, certaines ont été réévaluées. Elles ont été sélectionnées par le médecin : sélection en fonction de la date de la première réévaluation, et celles dont les actions menées la première fois nécessitaient un suivi.


Dans un premier temps, à l'admission du patient dans le service, un document est renseigné par les IDE à chaque prise médicamenteuse pendant une semaine. Il a été élaboré à l'issue de l'EPP menée en 2012 (*figure 1*) afin d'évaluer les capacités de prise de chaque patient. Plusieurs items y sont renseignés :

- l'état physique du patient (présence d'une sonde nasogastrique ou de gastrostomie, de troubles de déglutition et/ou d'une sécheresse buccale) ;
- sa capacité à prendre ses traitements de façon autonome ;
- le refus de prise médicamenteuse ;
- la prise réelle du traitement ;
- les éventuelles difficultés pour prendre les médicaments ;
- les solutions trouvées pour faciliter la prise des traitements.

Ces données recueillies sont utilisées par la suite, afin d'adapter la forme galénique des traitements médicamenteux si nécessaire. Les IDE sont amenés à compléter ces informations lors des réunions grâce à leurs connaissances des préférences de chaque résident (formes effervescentes...).

Dans un second temps, en amont de la réunion de révision d'ordonnance, le pharmacien analyse les dossiers des patients sélectionnés, en utilisant la fiche « Révision d'une ordonnance » proposée par la HAS en 2005 [13]. Les critères suivants sont recueillis :

- les médicaments prescrits au patient ;
- les indications des médicaments prescrits après recherche dans le dossier patient ;
- l'existence des contre-indications (comorbidités, fonction rénale, interactions) ;
- les posologies optimales ;



Centre Hospitalier de Saint-Denis

Grille d'évaluation des capacités de prise du traitement médicamenteux

Date de l'évaluation :

Identification du patient : (étiquette)
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :

	Matin ..h.. Evaluateur	Midi ..h.. Evaluateur	Soir ..h.. Evaluateur
Le patient possède-t-il une sonde de gastrostomie	<input type="checkbox"/> Oui (si Oui, ne pas tenir compte des items suivants) <input type="checkbox"/> Non		
Le patient prend-il son traitement seul ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui sous surveillance <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui sous surveillance <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui sous surveillance <input type="checkbox"/> Non
Le patient refuse-t-il systématiquement son traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observance : le prend-il réellement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Dissimule son traitement <input type="checkbox"/> Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Dissimule son traitement <input type="checkbox"/> Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Dissimule son traitement <input type="checkbox"/> Pourquoi ?
Le patient a-t-il des difficultés pour prendre ses médicaments ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui o Refus ponctuel o Recrache o Grimace o Autre :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui o Refus ponctuel o Recrache o Grimace o Autre :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui o Refus ponctuel o Recrache o Grimace o Autre :
A-t-il des troubles de la déglutition (Tb déglut) gênant la prise du traitement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux solides <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux liquides <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux solides <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux liquides <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux solides <input type="checkbox"/> Tb déglut. aux liquides <input type="checkbox"/> Autre :
Le patient présente-t-il une sécheresse buccale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comment avez vous réussi à faire prendre le traitement au malade ? (astuce, solution)			

Grille réalisée par le groupe galénique
 _____ Mise à jour du 21 Mars 2012 _____

Figure 1. Évaluation de pratiques professionnelles (EPP) sur les capacités de prise des patients.

– les formes galéniques adaptées.

Pour réévaluer la prescription, plusieurs outils sont à disposition : le livret thérapeutique du sujet âgé interne à l'hôpital et validé par le COMEDIMS local, la liste de Laroche, et des bases de données sur le médicament (Dorosz[®], Vidal[®], site GPR[®]). Les préconisations de modifications recensées par le pharmacien sont soumises lors de la discussion du cas en réunion. Contrairement à d'autres études concernant des patients suivis par leur médecin généraliste ou pour une évaluation gériatrique [14] et de ce fait encore autonomes, l'avis de la famille n'était pas recueilli en raison de l'institutionnalisation et de la dépendance des patients.

Afin d'être analysées, les données des 54 patients ont été regroupées dans un fichier Excel[®] indiquant :

- les caractéristiques des patients ;
- le nombre de médicaments prescrits avant la réunion, à l'issue de la réunion et 3 mois après la réunion ;

– les indicateurs évoqués par la HAS [6] (médicaments non indiqués, interactions médicamenteuses, posologies non optimales et formes galéniques inadaptées).

– Des tests statistiques pour des échantillons appariés (tests de Student) ont permis de comparer les résultats avant et après l'intervention de l'équipe pharmaceutique.

Résultats

De février 2017 à avril 2018, 15 réunions pluridisciplinaires ont été menées, d'une durée moyenne d'une heure. Cinquante-quatre patients ont été évalués : 36 dossiers patients ont été évalués une fois et 18 dossiers patients deux fois. Chaque dossier était discuté pendant 10 à 15 minutes. Ces différentes réunions nous ont permis de préciser la méthodologie de ces révisions, et ont abouti à la création d'un algorithme (*figure 2*). En moyenne, 9,7 ± 3,8 médicaments étaient prescrits par patient [2–18].

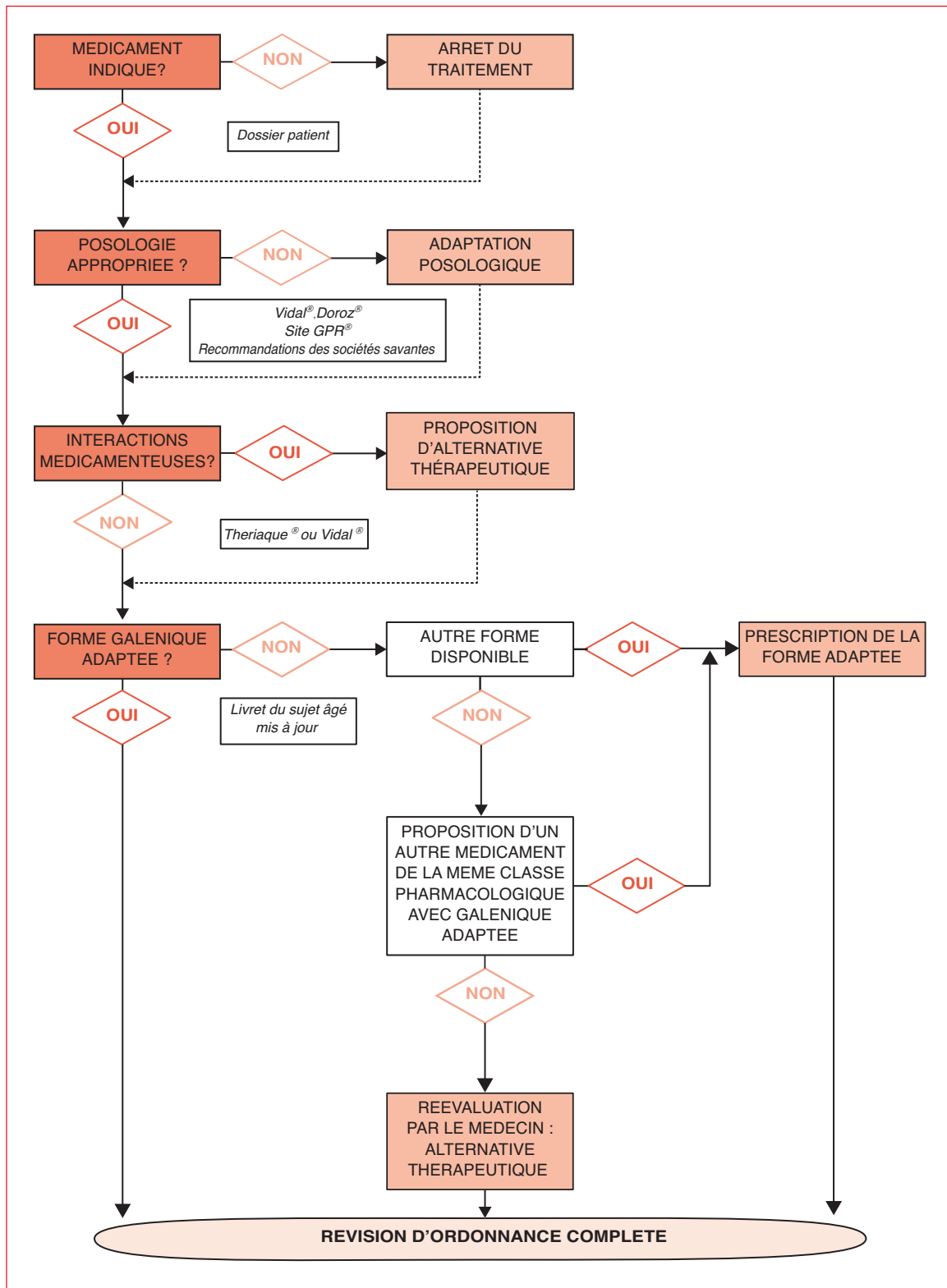


Figure 2. Algorithme de révision d'ordonnance par le pharmacien.

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

Caractéristiques	Effectifs
Age	81 ans [59-101]
Sexe	
Homme	23 (42,6 %)
Femme	31 (57,4 %)
Troubles de la déglutition	
Oui	10 (18,5 %)
Non	44 (81,5 %)
Sonde nasogastrique ou gastrostomie	
Oui	4 (7,4 %)
Non	50 (92,6 %)

La population étudiée se compose de 31 femmes et 23 hommes, avec une moyenne d'âge de 81 ans [59-101 ans]. Plus de 18 % d'entre eux présentaient des troubles de la déglutition, et 7,4 % étaient porteurs d'une sonde nasogastrique. Durant l'étude, trois patients sont décédés et un patient a quitté le service (*tableau 1*).

Plusieurs types d'incohérences ont été détectés par le pharmacien. La plus récurrente était les médicaments non indiqués au contexte clinique du patient (55/697 médicaments analysés, soit 7,9 %). Des arrêts ont donc été proposés sur 32 ordonnances (23 (42,6 %) pour la première révision, 9 (50 %) chez les patients revus). Les arrêts de médicaments inappropriés les plus fréquents sont ceux des voies digestives et métaboliques (19/55), et du système nerveux (20/55). Le plus souvent, les prescriptions étaient arrêtées car elles n'étaient plus nécessaires au moment de la réévaluation. Le médecin a suivi l'opinion pharmaceutique dans 94,5 %, soit 52 médicaments sur les 55 relevés par le pharmacien.

Des posologies non optimales ont été remises en cause : 25 médicaments sur 697 ont été recensés, soit 3,6 %. Des adaptations ont été proposées sur 25 ordonnances (21 soit 38,9 % à la première révision et 4 soit 22,2 % à la deuxième). Il s'agissait majoritairement de diminution de posologie, en raison d'un surdosage ou avec une volonté de procéder à une décroissance posologique avant arrêt du traitement. Les médicaments du système nerveux étaient principalement concernés (18/25), dont dix étaient des antalgiques ; suivis des médicaments du système cardiovasculaire (7/25). Cent pour cent des interventions proposées par le pharmacien ont été appliquées, soit 25 prescriptions modifiées.

Des formes galéniques inadaptées ont également été retrouvées (13/697 médicaments, soit 1,9 %) : 9 ordonnances ont été soumises au médecin (soit 16,7 % à la

première révision, aucune à la deuxième). Les adaptations de forme galénique proposées étaient dans la majorité des cas liées à la présence de troubles de la déglutition, empêchant la prise correcte des médicaments. Il s'agissait du passage de formes orales solides à des formes orales dispersibles ou à des sirops ou suspensions buvables, voire à des changements de spécialités d'une classe thérapeutique équivalente qui pouvait être écrasée. La classe thérapeutique majoritairement concernée était les médicaments du système nerveux (10/13). Sur les 13 médicaments de forme galénique non adaptée, un seul n'a pas été modifié : le bisoprolol. Le bisoprolol 1,25 mg (Mylan[®]) administré après broyage a été jugé efficace par le médecin même si non écrasable dans le résumé des caractéristiques produit. Le remplacement par du bisoprolol 10 mg (Arrow[®]) écrasable exposait à un risque important d'erreur d'administration de dose.

Une interaction médicamenteuse n'avait pas été détectée lors de l'analyse pharmaceutique, mais a pu être interceptée lors de la première révision. C'était une contre-indication entre le citalopram et l'amiodarone, justifiant l'arrêt du citalopram. Le choix du changement pour la miansérine a été fait avec le médecin (*tableaux 2 et 3*).

Enfin, lors de la préparation des réunions, les pharmaciens ont relevé des situations de sous-utilisation telles que des retards de vaccination, un manque de supplémentation en fer... Des modifications ont été suggérées au médecin mais les résultats spécifiques de ces propositions d'ajouts n'ont pas été analysés.

À l'issue de ces revues de prescription, le nombre de médicaments prescrits par patient a diminué de manière significative ($8,99 \pm 3,6$ vs $9,68 \pm 3,8$, $p < 0,001$). Trois mois après la révision de l'ordonnance de chaque patient, un bilan de sa nouvelle ordonnance a été mené. On retrouve une moyenne de $9,79 \pm 4,4$ médicaments par patient. Les tests appariés montrent une différence non significative ($p > 0,05$), que ce soit à la première ou à la deuxième réunion (*figure 3*). Ce résultat à trois mois n'était pas attendu. Une relecture des ordonnances par l'équipe pharmaceutique a permis de montrer que peu de médicaments arrêtés lors des réévaluations étaient repris. Cependant, de nouvelles molécules ont dû être introduites en raison de l'aggravation de l'état de santé des patients. La majorité de ces ajouts était temporaire, à l'image des antibiotiques qui étaient souvent retrouvés.

Une surveillance accrue des IDE et du médecin du service, ainsi qu'un suivi par les pharmaciens des informations renseignées dans le dossier médical du patient et de son bilan biologique, ont permis de déterminer que les arrêts et modifications de traitement n'ont pas entraîné d'événement indésirable significatif. Un seul médicament, le lansoprazole, a été represcrit à pleine dose après un essai à demi-dose, en raison de plaintes exprimées par le patient.

Tableau 2. Bilan des actions menées sur les médicaments.

	Nombre de médicaments modifiés	Nombre moyen de médicaments par patient	Pourcentage d'acceptation de l'avis pharmaceutique
Médicaments non indiqués ou inappropriés	55 (7,9 %)	0,8 ± 1,1	94,5 %
Posologie non optimale	25 (3,6 %)	0,35 ± 0,6	100,0 %
IAM significatives	2 (0,3 %)	0,03 ± 0,2	100,0 %
Forme galénique non adaptée	13 (1,9 %)	0,18 ± 0,5	92,3 %
Total	95	1,36	95,8 %

Tableau 3. Bilan des actions menées sur les ordonnances.

	Ordonnances modifiées	Ordonnances modifiées après 1 révision	Ordonnances modifiées après 2 révisions
Médicaments non indiqués	31 (44,4 %)	23 (42,6 %)	9 (50 %)
Posologie non optimale	22 (34,7 %)	18 (38,9 %)	4 (22,2 %)
IAM significatives	1 (1,4 %)	1 (1,9 %)	0 (0 %)
Forme galénique non adaptée	9 (12,5 %)	9 (16,7 %)	0 (0 %)

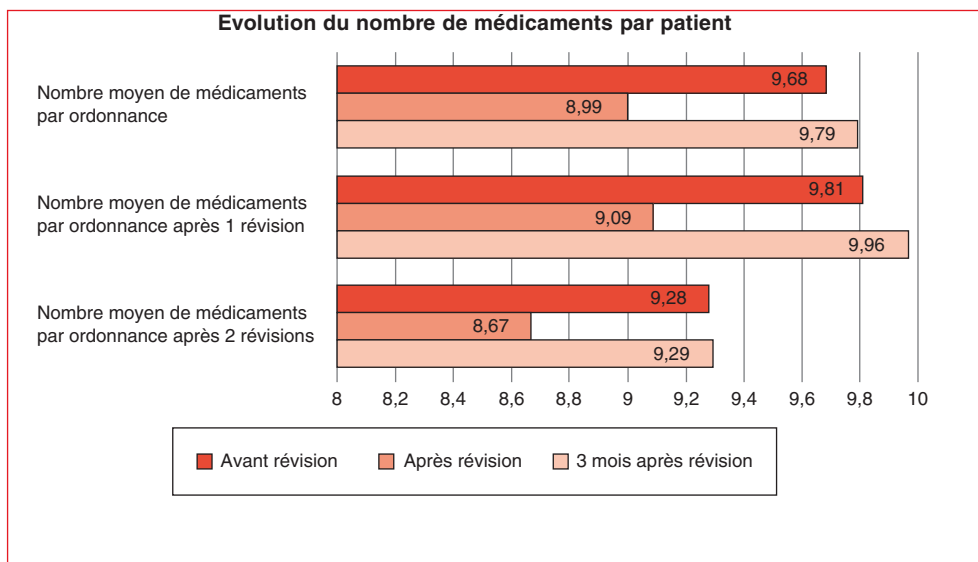


Figure 3. Algorithme de révision d'ordonnance par le pharmacien.

Chez les 18 patients revus au bout de quelques mois ($7,7 \pm 3,4$ mois), de nouvelles actions, différentes de la première fois, ont pu être menées. Six ordonnances sur les dix-huit revues n'ont pas nécessité de nouvelles modifications. Le nombre moyen de médicaments trois mois après la deuxième révision est plus faible que trois mois après la première révision.

Au total, des modifications de traitements ont été menées sur 49 des 72 ordonnances (68 %), soit 38 patients (70,4 %). Les recommandations ont presque toujours été suivies par le médecin (*tableau 3*).

Celles-ci concernaient les médicaments de la classe ATC A (voies digestives et métabolisme), et plus précisément 21 sur les médicaments utilisés dans les troubles gastro-intestinaux, 8 sur les vitamines et 3 sur les médicaments du diabète. Les médicaments du système nerveux suivaient avec 15 actions sur les analgésiques, 9 sur les médicaments psychiatriques et pour le sommeil, 4 dans l'épilepsie et la maladie de Parkinson. Les médicaments du système cardiovasculaire arrivaient en troisième position avec quasiment exclusivement des antihypertenseurs et des statines. Dans une moindre mesure, on retrouvait également des médicaments du système respiratoire, puis les antianémiques. Les autres classes n'étaient pas ou très peu retrouvées (*figure 4*).

Concernant les médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé, deux classes (retrouvées sur la liste STOPP/START) [15] ont principalement été retenues, dans le but de poursuivre les actions déjà menées par des EPP antérieures. Les IPP ont été arrêtés chez 12 patients dont les dossiers ont été évalués (22,2 %) et diminués chez

3 autres (5,6 %). Lors de l'audit sur les IPP réalisé en 2017, de nombreuses prescriptions avaient déjà été suspendues. Les psychotropes ont été arrêtés chez 3 patients (miansérine, loxapine, paroxétine), diminués chez 2 autres (zopiclone), et modifiés chez un dernier afin d'éliminer une interaction médicamenteuse.

Discussion

En raison d'une collaboration de longue date, la confiance établie entre médecin et pharmacien a conduit à mener des actions chez 70,4 % des patients du service, permettant une prise en charge individualisée, plus adaptée aux besoins de chacun. C'est pourquoi 95,8 % des changements suggérés par le pharmacien ont été suivis. Le taux d'acceptation obtenu est donc supérieur aux taux retrouvés dans la littérature. En effet, dans une étude menée en Israël, le taux d'acceptation dans une population similaire était de 88 % [14]. Dans une autre étude, française, il était de 86 % [16]. Ces études ont également nécessité des réunions pluridisciplinaires pour la validation des modifications thérapeutiques.

Entre février 2017 et avril 2018, différents pharmaciens se sont succédé pour réaliser ces réévaluations de prescription. Les résultats obtenus pouvaient sans doute être améliorés par le maintien d'un pharmacien référent expérimenté sur cette activité. Cependant, le médecin restant le même, le lien entre les réunions était maintenu. L'algorithme présenté au préalable a pour but d'optimiser ces révisions, afin de les mener de manière reproductible d'un pharmacien à l'autre.

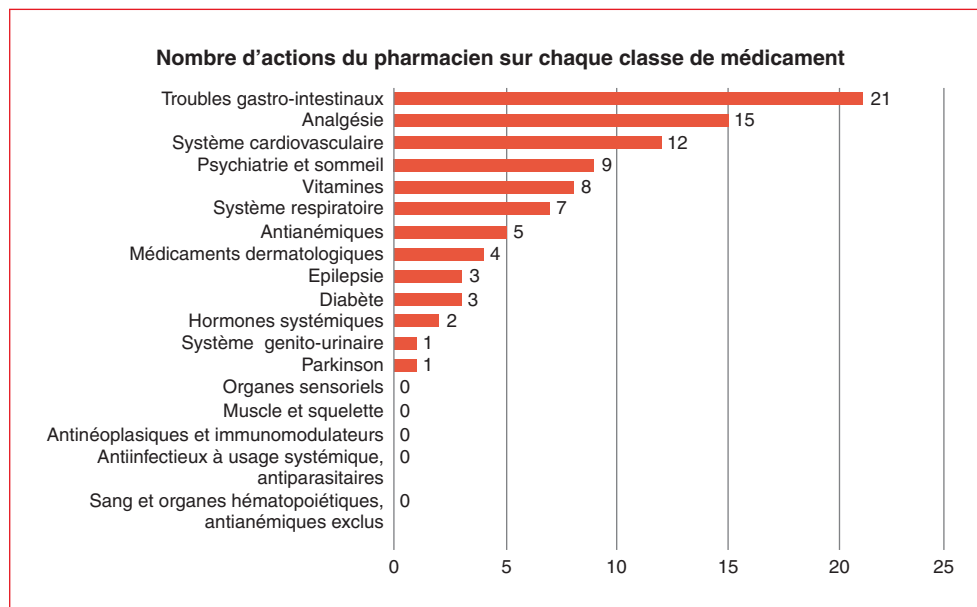


Figure 4. Nombre d'actions du pharmacien sur chaque classe ATC de médicament.

Alors que l'analyse pharmaceutique bi-hebdomadaire permet au pharmacien de rédiger une intervention pharmaceutique sur un médicament précis *via* le logiciel d'aide à la prescription (LAP), la réunion de concertation pluridisciplinaire permet de faire des remarques sur la globalité de l'ordonnance. Il semble que les avis pharmaceutiques sont plus suivis par le médecin lorsque l'information est donnée en direct. Cette heure de réunion hebdomadaire permet donc de s'assurer d'un suivi complet de l'ordonnance du patient, et d'un partage d'opinion que ne permettrait pas une intervention pharmaceutique *via* le LAP, pourtant plus économique en temps.

Cependant, cette étude comporte plusieurs limites. Actuellement, la révision de prescription se fait principalement sur la base des critères de Laroche, qui ne sont pas exhaustifs. Ces critères de révision doivent être élargis en tenant compte de l'expérience acquise afin de mieux couvrir les situations rencontrées dans nos services de soins. De plus, le calcul de la charge anticholinergique n'a pas été effectué. Toutefois, les bases de données utilisées, notamment la liste de Laroche, permettent de détecter la grande majorité des médicaments à charge anticholinergique élevée ; ces derniers étant considérés comme potentiellement inappropriés. D'autre part, peu de conseils sur l'ajout de médicament en fonction de l'état du patient ont été prodigués. Cela peut s'expliquer par le fait que cette mission n'est pas encore ancrée dans les pratiques du pharmacien concernant les sujets âgés, mais doit être développée.

Cette activité étant bien implantée dans une des deux USLD, l'objectif est de la développer dans la seconde. De plus, cette étude monocentrique nécessiterait d'être approfondie avec d'autres centres. Il est également prévu de créer un formulaire afin de renseigner la conclusion de la réévaluation dans les dossiers patients informatisés (DPI).

Enfin, certains résultats pourraient être exploités plus en détail. En effet, le suivi des sous-utilisations notifiées par les pharmaciens n'a pas été réalisé. De même, le suivi du maintien des posologies n'a pas été approfondi.

À la suite des mésusages constatés au regard de l'état clinique du patient, les modifications de prescription effectuées, sans effet indésirable notifié, permettent de conclure à l'efficacité de cette pratique. Cependant, pour les patients encore présents dans le service plusieurs mois après la réunion, le nombre de médicaments par ordonnance a tendance à augmenter de nouveau. On retrouve cette évolution dans d'autres études, comme celle menée dans un établissement de soins pour personnes âgées en Australie où le nombre de médicaments déprescrits a augmenté de moitié après un an [17]. Cette étude randomisée (un groupe dont les ordonnances ont

été révisées *versus* un groupe non réévalué) a été menée *via* des réunions pluridisciplinaires similaires à l'étude présentée. Le suivi a été fait à 0, 6 et 12 mois : les résultats ne sont significatifs que sur la réduction du nombre de médicaments par patient. Enfin, la diminution étant plus importante après deux révisions, cela confirme l'intérêt de la réévaluation régulière du patient.

Conclusion

Pour un prescripteur, il est plus facile de prescrire un médicament face à un symptôme, que de l'arrêter et de s'exposer au risque de récurrence. Chez les personnes âgées, plusieurs spécialistes interviennent, ce qui multiplie les prescriptions. De plus, ces patients ont été le plus souvent hospitalisés au préalable en court séjour gériatrique et en soins de suite gériatrique, ce qui implique différentes habitudes médicales. Il est donc nécessaire de revoir l'ensemble de l'ordonnance par un médecin unique lors d'une hospitalisation de longue durée. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet de s'affranchir des habitudes de prescription du praticien, de mettre en commun les compétences de chacun, et permet pour le pharmacien de mieux prendre en compte le contexte clinique du patient, ce qui n'est pas toujours réalisable *via* le seul dossier patient informatisé [18]. Les besoins médicamenteux du patient évoluent entre le moment de la mise sous traitement lorsque le patient était actif à son domicile par exemple, et la période d'hospitalisation au cours de laquelle il est dépendant. L'analyse ligne à ligne de la prescription assure une évaluation de la balance bénéfice/risque de chaque traitement afin de ne pas exposer les patients à des risques injustifiés.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, *et al.* Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medication in adults : a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014 ; 4 : e006544.
2. Sirois C, Ouellet N. La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées : une revue narrative de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* 2018 ; 4 : 20-9.
3. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. HAS, 2005.
4. OMEDIT Grand-Est. Bon usage des médicaments en gériatrie. Décembre 2017.
5. OMEDIT Bretagne. (Page consultée le 16/11/2018). Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée. <http://www.omedibretagne.fr/lrportal/accueil/personnes-agees/publications/iatrogenie>. Mise à jour le 31/01/2016.

6. Haute autorité de santé. Brochure PMSA. Prescrire chez le sujet âgé. HAS, 2006 : page 3.
7. Société française de pharmacie clinique. Page consultée le 16/11/2018. Liste des fiches Voie orale. <http://geriatrie.sfpc.eu>. Mise à jour en 2015.
8. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007 ; 63 : 725-31.
9. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel* 2016 ; 49 : 1.
10. Juste M. Pour le groupe « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » de la Société française de pharmacie clinique. Recommandations de bonnes pratiques en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. SFBC, 30 septembre 2012.
11. Clementz A, Jost J, Tchalla A, *et al.* Mise en place et évaluation de validations d'ordonnances et d'interventions pharmaceutiques dans un service d'urgences adultes. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2017 ; 52 : 152-9.
12. Bouchand F, Thomas A, Zerhouni L, *et al.* Interventions pharmaceutiques avant et après informatisation de la prescription dans un service de médecine interne. *Presse Med* 2007 ; 36 : 410-8.
13. Haute autorité de santé. Page consultée le 27/03/2018. La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant.
14. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med* 2010 ; 170 : 1648-54.
15. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. *Age Ageing* 2015 ; 44 : 213-8.
16. Grenouilleau V, Rey A, Faraggi L. Réunion de concertation pluriprofessionnelle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quels impacts sur la prise en charge médicamenteuse des patients ? *Le pharmacien clinicien* 2016 ; 5 : 304-11.
17. Potter K, Flicker L, Page A, *et al.* Deprescribing in frail older people : a randomised controlled trial. *Plos One* 2016 ; 11 : e0149984.
18. Spinewine A, Schmader K, Barber N, *et al.* Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimized? *Lancet* 2007 ; 370 : 173-84.