

## OBJECTIF OPÉRATIONNEL 31

# Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse

## 1 SITUATION ACTUELLE

L'augmentation du nombre de sujets à risque d'évolution vers la perte d'autonomie, dits sujets « fragiles » porteurs de nombreuses pathologies chroniques, a des conséquences tant au niveau individuel (polymédication, hospitalisations itératives non programmées, dont 26 % sont évitables, décès)<sup>27</sup> que social (coûts liés à la prescription d'exams et de médicaments, augmentation des aides à domicile et des institutionnalisations).

Parmi les médicaments consommés par cette population « fragile », certains peuvent être considérés comme Médicament potentiellement inappropriés (MPI) en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable<sup>28</sup>.

Chez les sujets fragiles vivant à domicile, la majorité des erreurs médicamenteuses se situent au niveau :

→ Des prescriptions (choix, doses, non réévaluations régulières).

→ Du suivi du traitement (clinique et/ou biologique), de l'observance, de l'automédication (déficit d'accompagnement/éducation).

→ De mésusages, d'utilisations inappropriées car non conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

En conséquence, renforcer le dialogue entre médecins, pharmaciens, infirmiers, patient et le lien ville-hôpital est essentiel pour une vigilance active et l'optimisation de l'ordonnance. Ces risques existent dans une moindre mesure lorsque les personnes fragiles vivent en EHPAD. La « ville » désigne, dans la suite de cet objectif, les patients résidant chez eux ou en institution (*cf. Parcours « Personnes âgées »*).

### Chiffre clé

Plus de 8 médicaments différents par jour : c'est la consommation moyenne de la population dite « fragile »<sup>29</sup>.



<sup>27</sup> N Sirven - irdes.fr, DT n°60 mai 2014; Clin Pharmacol Ther 2009; 85(1): 94-7

<sup>28</sup> cf. critères de Beers, liste STOPP/START V2, liste de Laroche, site Pimcheck, guide PAPA

### Agir pour réduire la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes fragiles :

- Lutter contre le mésusage, modifier les comportements des prescripteurs, diminuer les prescriptions de MPI, voire proposer leur dé-prescription.
- Réévaluer régulièrement les prescriptions lors d'une hospitalisation, notamment en cas

de présence de médicaments MPI à risque d'iatrogénie forte chez les sujets « fragiles ».

- Promouvoir les exercices coordonnés, la conciliation médicamenteuse, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, la revue de médication, les bilans partagés de médication et les outils d'optimisation du lien hôpital-ville.

## 3 DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

→ Diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable chez les patients « fragiles », pour qui le passage en hospitalisation doit permettre la révision de l'ordonnance et l'optimisation thérapeutique.

→ Limiter les ré-hospitalisations liées aux chutes, maîtriser les dépenses de santé (dé-prescription).

→ Améliorer l'accompagnement du patient dans sa prise en charge à domicile (maintien dans le temps des traitements révisés ou arrêtés, information patient, dialogue hôpital-ville).

La population ciblée est celle des personnes « fragiles » hospitalisées en secteur Médecine chirurgie obstétrique (MCO) en Centre-Val de Loire. Les personnes « fragiles » étant les personnes de 65 ans ou plus ayant une affection de longue durée et les personnes de 75 ans ou plus sans affection de longue durée.

Les indicateurs prioritaires portent sur l'optimisation des ordonnances qui présentent des MPI à risque iatrogène fort chez les sujets « fragiles » :

#### 1. Une charge anticholinergique élevée

Lorsque plusieurs médicaments dits anticholinergiques (antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques, antitussifs, antihypertenseurs,

diurétiques, antiasthmatiques, traitement du glaucome et des incontinences urinaires, etc.) sont pris ensemble, le patient est exposé à un risque accru de déclin cognitif et de mortalité.

#### 2. Une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs »

Les traitements de longue durée sont déconseillés puisqu'ils induisent des risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute, d'accident de la route et d'addiction, avec un sur-risque iatrogénique avec les molécules à demi-vie longue (ex : bromazépan...). La règle : l'association de 2 BZD est déconseillée ; privilégier une demi-vie d'élimination courte.

#### 3. Un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles et/ou forts

Utiles pour soulager les douleurs, tous les opioïdes peuvent cependant induire une dépendance physique élevée. Un non-respect des règles de bon usage peut conduire à des effets indésirables graves liés souvent au surdosage, voire à la mort par arrêt cardiorespiratoire. Une des clés pour sécuriser davantage la prescription d'opioïdes est de ne pas en banaliser le recours<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Exp. Rev. of Pharmacoeconomics volume 22, 2022 - Issue 4; Therapie 2016; 71, 275-279, Haute autorité de santé (HAS) - « Prendre en charge les personnes fragiles en ambulatoire »

#### 4. Un inhibiteur de la pompe à protons

Leur consommation inappropriée et hors indications peut provoquer une mauvaise absorption des nutriments, engendrer des risques accrus de diarrhées et d'atteintes pulmonaires infectieuses, des carences, des fractures, etc.

Une analyse des délivrances est effectuée dans le mois qui précède l'hospitalisation et dans les mois qui suivent la sortie d'hospitalisation (la période peut varier selon les indicateurs étudiés). Les données fournies par l'Assurance Maladie permettent d'évaluer les évolutions de ces prescriptions avant et après hospitalisation dans la population cible.

Un 5<sup>e</sup> indicateur permettra de mesurer le développement de la revue de médication.

## 4 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Pour chaque indicateur, les données collectées sont analysées conjointement par l'Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMÉDIT) et l'Assurance Maladie afin d'apprécier « l'effet passage » en établissement MCO en Centre-Val de Loire.

A minima, une comparaison dynamique par année permettra de :

- comparer entre eux les établissements MCO à la moyenne régionale sur chaque indicateur,
- vérifier l'absence de reprise des traitements antérieurs modifiés ou arrêtés lors de l'hospitalisation.

Les résultats des premières analyses permettront de cibler les actions d'accompagnement et d'appui à mobiliser en région.

Parmi les leviers envisagés figurent :

- L'amélioration des parcours de prise en charge via la structuration de l'espace numérique de santé Mon espace santé (ex-DMP) harmonisé avec le Dossier pharmaceutique (DP), les lettres de liaison.

- La mise en place de revues de médication, dont la conciliation médicamenteuse et les bilans partagés de médication.

- Des actions de formation/information des professionnels, avec la promotion d'outils auprès des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Infirmiers diplômés d'État (IDE) de coordination (webinaires sur les bonnes pratiques et référentiels, communication auprès des professionnels de santé de la ville et hospitaliers, échanges de bonnes pratiques, etc.).

Ces actions seront conduites par l'OMÉDIT et l'Assurance Maladie, soit de manière large pour sensibiliser l'ensemble des acteurs et territoires de la région, soit de manière plus ciblée en fonction des enjeux et disparités qui pourront être constatés au regard de l'analyse des consommations.

<sup>30</sup> Réf. : Source : Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Rapport « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019.

## 5 ÉCHÉANCES INTERMÉDIAIRES

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2023	Mesures des indicateurs, réalisation d'outils selon les pistes identifiées et définition du plan d'action.
À partir de 2024	Lancement des premières actions. Suivi et analyse annuelle des indicateurs. Adaptation des outils et plans d'action. Mesure d'impact des actions d'accompagnement.

## 6 MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

### a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULÉ INDICATEUR	DERNIÈRE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Nombre de bilans partagés de médication et des actions de formation dédiées (suivi codes actes BMI (1 <sup>ère</sup> année) et les années suivantes BMS (sans un changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)).	56	Maintien ou augmentation progressive

### b) Indicateurs de résultat

Les indicateurs seront suivis à la maille régionale et départementale. Ils permettront de mesurer la baisse de l'exposition de la population cible à des thérapeutiques potentiellement inappropriées, sur les indicateurs priorisés.

**1.** Mesure de la charge anticholinergique de l'ordonnance.

Exclusions : patients ALD16-Parkinson et ALD23-Affections psychiatriques.

Outil : calculateur de charge anticholinergique<sup>31</sup> via deux échelles sélectionnées :

→ Échelle CIA ou de Briet (coefficient d'imprégnation anticholinergique) : échelle évaluant les effets indésirables anticholinergiques périphériques.

→ Échelle ACB ou de Boustani (échelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques) : échelle évaluant les effets indésirables

anticholinergiques centraux.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec une charge anticholinergique en augmentation, en diminution ou avec une charge identique avant/après hospitalisation, selon les deux échelles. Il sera possible de détailler (pour les patients avec une charge anticholinergique non nulle avant hospitalisation) par DCI le nombre de patients avec initiation, poursuite ou arrêt du traitement après hospitalisation.

**2.** Présence d'une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs » (zolpidem, zopiclone)

Exclusions : patients ALD23-Affections psychiatriques.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec prescriptions d'une ou plusieurs benzodiazépines demi-vie longue et/ou courte ou sans prescription dans les 0-3 mois et dans les 3-6 mois après hospitalisation.

<sup>31</sup> Calculateur de charge anticholinergique, OMÉDIT Pays de la Loire : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/documentation/calculateur-de-charge-anticholinergique-dune-prescription-omedit-pdl-2022/>

<sup>32</sup> Réf : guide PAPA SFGG, Rev Prescrire 2018 ; 38 (415)

Idem pour les z-drugs. Il sera possible de décliner ces chiffres selon la benzodiazépine demi-vie longue prescrite avant hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés<sup>32</sup> :

→ Apprécier le passage d'une demi-vie longue vers une courte (ex. Lexomil® vers Seresta®) ou vers une z-drug.

→ Quantifier chaque année si le choix préférentiel est porté vers la prescription de demi-vie courte et vers la monothérapie.

**3.** Présence d'un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles ou forts au long cours (> 8 semaines)

Exclusions : patients ALD30-Tumeurs malignes.

Les données détaillées seront fournies par département, avec le nombre de patients avec prescription d'antalgiques de palier 2 (codéine, tramadol à libération immédiate et prolongée) avec le détail par DCI et de palier 3 (formes orales à libération prolongée et fentanyl dispositifs transdermiques) avec le détail par DCI.

Des suivis seront faits à 1 mois et à 3 mois après hospitalisation, avec l'évaluation de l'impact sur l'ordonnance du passage en hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés :

→ Quantifier le recours au long cours au tramadol, à la codéine, chez les sujets « fragiles ».

→ Apprécier la pertinence de l'utilisation des antalgiques de palier 3 sans ALD associée.

**4.** Présence d'un inhibiteur de la pompe à protons à dose pleine ou au long cours (> 8 semaines)

Exclusions : patients avec délivrances associées d'AINS et corticoïdes, d'AINS et antiagrégant ou d'AINS et anticoagulant.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients ayant une prescription d'IPP demi-dose ou arrêt de traitement dans les deux mois après hospitalisation, parmi les patients avec une prescription d'IPP pleine dose dans les deux mois avant hospitalisation.

Des suivis seront faits à 2 mois et à 4 mois après hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés<sup>34</sup> :

→ Quantifier les révisions d'ordonnance après hospitalisation avec arrêt ou recherche de dose minimale efficace.

→ Stabiliser les quantités délivrées en ville (+ 8,7 % entre 2015 et 2021) avec un focus sur les personnes « fragiles ».

**5.** Développement de la revue de médication

Suivi des bilans partagés de médication [codes actes BMI (la 1ère année) et les années suivantes BMS (sans changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)] et actions de formation dédiées.

<sup>34</sup> Réf : Rev Prescrire 2015 ; 35 (385) : 831-838, Rev Prescrire 2020 ; 40 (441) : 533-538, Rev Prescrire 2020 ; 40 (437) : 189-191, Rev Prescrire 2022 ; 42 (467) : 663