

Résumé n°095

RÉVISION DE LA PRESCRIPTION DES PERSONNES AGÉES POLYMÉDIQUÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

¹Richard Guédon, ¹Laurent Moreau, ²Jean-Pierre Hilly, ²Christine Gaulier, ³Eric Vauchelet, ³Delphine Assel, ³Philippe Vallas, ⁴Christophe Vaché, ⁴Jean Luc Lambert, ⁵Alain Dumont, ⁶Jean Luc Prat, ⁷Pr Sylvie Legrain, ⁸Jean-Pierre Legros, ⁸Joël Remoleur. ¹Groupama, ²Grandpre, ³Attigny, ⁴Vouziers, ⁵Machault, ⁶Mutualité Sociale Agricole, ⁷Hôpital Bretonneau, ⁸Les remparts

VERSION FRANCAISE :

La poly médication des personnes âgées est associée a une morbidité iatrogène démontrée. Peu d'études permettent d'estimer cette poly médication en ambulatoire et peu d'études ont été publiées sur les possibilités de diminuer le nombre et ou les dosages prescrits dans le cadre du suivi régulier par le médecin généraliste. Par ailleurs, peu de littérature est disponible sur les surcouts liés à la poly médication chez les personnes âgées. Les objectifs du programme présenté étaient de mesurer l'impact d'une intervention conduite par des médecins généralistes sur leurs pratiques de prescription auprès de patients âgés poly médicalisés. Le programme a été défini par un groupe de médecins généralistes exerçant la médecine ambulatoire dans une zone rurale de l'est de la France (Département des Ardennes). Ce groupe de 12 médecins volontaires et bénévoles se réunit toutes les 6 semaines depuis 4 ans pour échanger sur ses pratiques. Il est animé par deux médecins généralistes de caisses d'assurance maladie (MSA et Groupama). Le groupe décide collégialement du thème sur lequel il souhaite travailler, et il a identifié la problématique de la poly médication comme un enjeu prioritaire pour l'amélioration des pratiques. Le programme a consisté en l'identification de leurs patients polymédiqués afin de réévaluer les prescriptions. Cette réévaluation a été faite par chaque médecin pour ses propres patients, après discussion avec le groupe et en s'inspirant des programmes "PMSA" de la HAS, présentés par un expert de cette institution. Dans ce cadre une étude d'intervention a été mise en place, qui consistait, pour chaque médecin installé participant (n=8), à inclure les 15 premiers patients polymédiqués qu'il rencontrait dans leur patientèle à partir d'une date déterminée. Les critères d'inclusions étaient les suivants: patients de 70 ans et plus, nombre de molécules prescrites supérieur à 7. A l'inclusion, le médecin remplissait un questionnaire collectant des informations sur les données démographiques des patients (âge, sexe), sur leurs pathologies (chroniques et aiguës) et leurs facteurs de risque cardiovasculaire en cours. La clairance de la créatinine était également recueillie pour chaque patient, calculée selon la méthode de Cockcroft et Gault. Chaque molécule prescrite était collectée, ainsi que son dosage. Les patients étaient suivis jusqu'au terme de l'étude fixé à Juin 2009. Les médecins remplissaient alors la seconde partie du questionnaire qui recueillait les mêmes données de prescription qu'à l'inclusion, ainsi que les raisons des changements éventuels. Au total, 120 patients ont été inclus, et suivis jusqu'au terme de l'étude. 2 patients sont décédés pendant le suivi, ils n'ont donc pas été inclus dans l'analyse, qui porte au final sur 118 patients suivis sur une durée moyenne de 262 jours. A l'inclusion, le nombre moyen de molécules prescrites était de 9,4 (SD, 1,99). Au terme de l'étude, le nombre moyen de molécules prescrites était de 7,7 (SD, 2,2), soit une réduction moyenne de 1,7 molécules (IC95%, 1,4e2). Cette réduction était significativement plus importante pour les patients qui présentaient une pathologie rhumatologique. Les classes thérapeutiques pour lesquelles 50% ou plus des prescriptions étaient arrêtées ou réduites étaient les suivantes: Anti-arthrosiques Benzodiazépines Oxygénateurs cérébraux et vasoactifs, Veinotoniques, Dérives nitres, Corticoïdes. Les principales raisons de ces réductions étaient les suivantes: indication disparue, SMR insuffisant, redondance. Cette étude démontre l'intérêt d'un travail de groupe sur la qualité des prescriptions à l'égard des patients polymédiqués, et la possibilité pour les professionnels d'aboutir à des réductions significatives de prescription au bénéfice de leurs patients.

ENGLISH VERSION:

ANALYSIS OF THE PRESCRIPTION OF AGED PATIENTS ON POLYMEDICATION IN GENERAL PRACTICE

Polymedication among the elderly is associated with an increased iatrogenic morbidity. Few studies have estimated this poly medication in general practice, and explored the possibility of a reduction in the number of prescribed drugs within the framework of a regular patient's follow up by his usual General Practitioner. Furthermore, little data has been published on the increase in cost of care linked to Poly medication among the elderly, The objectives of this program were to measure the impact of a General Practitioner led intervention on their prescription decisions among their poly medicated elderly patients. The program was defined by a group of General Practitioners working in their own private practice in a rural area in eastern France (Department of the Ardennes). This group of 12 practitioners has been meeting on a voluntary basis, with no financial incentive every 6 weeks for the last 4 years in order to share and improve their own professional practices and medical decision making processes. The group is animated by two general practitioners from public and private insurance companies (MSA and Groupama). The group of GPs identified poly medication as a priority issue that could improve their daily medical practice. The program consisted in the identification of their polymedicalised elderly patients with the objective of re evaluating their prescription drugs. This re evaluation was made by GPs for their own patients, after debate within the group, and following HAS's PMSA programs, which had been presented to the group by an expert of this institution. Within this framework, an intervention study was implemented. Each participating practitioner (n=8) included the first 15 poly medicated patients he encountered in his daily practice starting at a defined date. The inclusion criterions were the following: patients aged 70 or more, and having eight or more of prescription drugs. At the time of inclusion, the practitioner completed a set of information about each patient, including the patient's demographic characteristic (age and sex), information about their current chronic diseases and their cardiovascular risk factors. The creatinin clearance was also collected for each patient, calculated according to the Cockcroft et Gault formula. Patients were followed until the end of the study in June 2009, at which date the general practitioners filled in the second part of the survey and collected the same set of information regarding his prescriptions as the inclusion data. Reasons for changes of prescriptions were recorded as well. Overall, 120 patients were included in the study. Two patients died during the follow-up, and thus were not included in the analysis. The analysis comprised 118 patients, followed for an average of 262 days. Upon entry in the study, the average number of prescribed molecules was 9.4 (SE, 1,99). At the end of the study, the average number of prescribed molecules was 7.7 (SE, 2.2), resulting in an average reduction of 1.7 drugs (IC95%, 1.4e2). This reduction was significantly higher for patients suffering from a rheumatologic disease. The therapeutic classes for which 50% or more of the prescriptions were stopped or reduced were the following: Benzodiazepines, Anti-arthrosics, Vasoactive drugs, Phlebotonics, Nitro derivatives, steroids. The main reasons for this reduction were the following: Drug no longer needed because the indication disappeared, with a poor efficacy, redundant. This study demonstrates the utility of General Practitioners groups working on quality of primary care prescriptions for poly medicated elderly patients and the possibility for these practitioners to significantly reduce their prescriptions for the benefit of their patients.