

I Liste des abréviations

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-ressources
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AOD	Anticoagulants Oraux Directs
AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVK	Anti-Vitamine K
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
GIR	Groupe Iso-Ressource
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine Glyquée
HTA	Hypertension Artérielle
HTO	Hypotension Orthostatique
IDM	Infarctus Du Myocarde
INR	International Normalized Ratio
LDL	Low Density Lipoprotein
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
mmHg	Millimètre de Mercure
NACO	Nouveaux Anticoagulants Oraux
OMÉDIT	Observatoire des Médicaments des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques
PA	Pression Artérielle
PAS	Pression Artérielle Systolique
PMSA	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFHTA	Société Française d'Hypertension Artérielle
VL	Visite Longue

II Résumé

Introduction

« Chez le sujet âgé, la polymédication est habituelle et souvent légitime, car le médicament est avant tout une chance pour le sujet malade. Mais cette polymédication augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique » pour la HAS.

Quelle est l'état des prescriptions de prévention cardio-vasculaire chez les patients âgés de plus de 75 ans, dépendants et atteints de troubles cognitifs, vivant en EHPAD ? Les médecins généralistes prennent-ils la décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire dans cette population ?

Partie 1

Matériel et méthode

Un état des lieux des prescriptions de prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé et dépendant, vivant en EHPAD a été réalisé par une étude descriptive transversale consistant en une analyse de l'ordonnance au 31 décembre 2013. La population source était constituée par tous les résidents de 4 EHPAD sarthoises. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 75 ans et un score GIR de 1 ou 2-cognitif.

Résultats

L'analyse des prescriptions chez 98 patients a permis de relever en moyenne 2,2 molécules de prévention cardiovasculaire par patient ($\sigma = \pm 1,6$). La prévention cardiovasculaire représentait 30,7% des lignes de prescription.

Conclusion

Les traitements de prévention cardiovasculaire représentent une part importante des prescriptions chez le sujet âgé et dépendant en EHPAD mais leur surveillance n'était pas systématiquement réalisée lors des renouvellements.

Partie 2

Matériel et méthode

La décision de déprescription des traitements de prévention cardiovasculaire a été étudiée par une étude descriptive consistant à mesurer les arrêts de traitement au cours de consultations de réévaluation gériatrique organisées par le médecin coordonnateur avec le médecin traitant, à l'aide de la grille de révision d'ordonnance produite par le programme PMSA de la HAS. La population source était constituée par tous les résidents de 4 EHPAD sarthoises. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 75 ans et un score GIR de 1 ou 2-cognitif. Le critère de jugement principal de l'étude était le nombre de médicaments de prévention cardio-vasculaire arrêtés ou diminués au cours de ces consultations à l'aide de la grille de la HAS.

Résultats

Les consultations de réévaluation gériatrique chez les 20 patients inclus permettaient d'arrêter 15,6% de ces traitements. Pourtant cette analyse révèle que 75,6% des traitements étaient inadaptés.

Conclusion

Les consultations d'évaluation gériatrique semblent pouvoir constituer une piste d'amélioration de la prescription chez le sujet âgé. Ces consultations permettent une réflexion pluridisciplinaire ainsi qu'une décision partagée, pour permettre au médecin généraliste de prendre des décisions d'arrêt thérapeutique.

III Plan

I	Liste des abréviations.....	7
II	Résumé.....	8
III	Plan	10
IV	Introduction.....	11
	1 Etat des connaissances	11
	2 Données manquantes.....	14
	3 Problématiques.....	15
V	Partie 1 : Etat des lieux des prescriptions de prévention cardiovasculaire	16
	1 Matériel et Méthode.....	16
	2 Résultats.....	22
	3 Discussion	30
VI	Partie 2 : Limitation et arrêt des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire	37
	1 Matériel et méthode	37
	2 Résultats.....	41
	3 Discussion	49
VII	Conclusion	54
VIII	Bibliographie.....	56
IX	Liste des figures et tableaux.....	60
	1 Liste des figures	60
	2 Liste des tableaux.....	60
X	Table des matières.....	61
XI	Annexes.....	64

IV Introduction

1 Etat des connaissances

a La polymédication du sujet âgé

En France

« Chez le sujet âgé, la polymédication est habituelle et souvent légitime, car le médicament est avant tout une chance pour le sujet malade. Mais cette polymédication augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est devenu un enjeu de santé publique » pour la HAS depuis 2005 avec le lancement d'un programme pilote baptisé : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) (1), avec mise à disposition d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles (2). De plus, ce programme s'adresse notamment aux médecins généralistes en leur fournissant sur le site de la HAS des recommandations pour l'amélioration de leurs prescriptions chez les sujets très âgés (3) : Évaluer la iatrogénie, réviser une ordonnance, fixer les objectifs selon l'âge et l'espérance de vie du patient.

A l'étranger

Par ailleurs, de récentes publications dans le Lancet (4) et le British Medical Journal (5) ont étudié l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en partant du même constat que la HAS : la polymédication du sujet âgé est source de iatrogénie, représente un coût important pour la société et le patient et altère sa *qualité de vie*. Ces articles proposent des pistes d'amélioration pour une prescription médicamenteuse optimisée et sont un préalable à des études de plus grande envergure permettant de valider l'efficacité et l'efficience de ces mesures.

b La prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé

« La consommation pharmaceutique chez le sujet âgé est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire » (6) : « 51 % des personnes de plus 65 ans ont en un mois acheté au moins un médicament cardiovasculaire » (7), ces médicaments représentent « 37 % des lignes de l'ordonnance et 44 % du coût de celle-ci » (7).

Les critères de Beers (8) définissent certaines classes thérapeutiques considérées comme « potentiellement toujours inappropriées » pour le patient gériatrique. Mais ces critères semblent insuffisants pour caractériser l'ampleur de la iatrogénie liée aux thérapeutiques de prévention cardiovasculaire. En effet, l'insuline, la warfarine et la digoxine sont responsables d'un tiers des admissions aux urgences pour effets secondaires alors que ni l'insuline, ni la warfarine ne figurent dans cette liste. De plus, les thérapeutiques listées ne représentent que 9% des entrées aux urgences pour effets secondaires (9).

Par ailleurs, la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires fait l'objet d'un assouplissement dans ses objectifs pour le sujet âgé, en ce qui concerne :

- Le diabète de type 2 : Assouplissement des objectifs d'hémoglobine glyquée selon que le sujet âgé de plus de 75 ans soit dit « vigoureux », « fragile » ou « malade » (Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, HAS Janvier 2013) (10)
- L'hypertension artérielle : Pour les plus de 80 ans, il ne faut traiter que les sujets présentant une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 160 mmHg, avec un objectif de PAS inférieure à 150 mmHg (Guidelines for the management of arterial hypertension, ESH/ESC, 2013) (11) sans hypotension orthostatique et sans dépasser 3 molécules (Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, SFHTA Janvier 2013) (12).

Pour les autres facteurs de risque, les données sont limitées en ce qui concerne le sujet âgé et font appel au raisonnement clinique du prescripteur et aux consensus d'experts :

- La dyslipidémie : Il existe peu d'études sur la prescription des statines chez le sujet âgé et les recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) ne tiennent pas compte de l'âge du patient (13). L'étude PROSPER, étudiant la pravastatine chez des patients âgés de 70 à 82 ans, n'a montré un bénéfice qu'en prévention secondaire sur un critère de jugement composite de mort par maladie coronarienne, d'infarctus du myocarde non fatal et d'accident vasculaire cérébral fatal ou non (14). Par conséquent, « en prévention secondaire, il semble raisonnable de poursuivre un traitement de statines si celui-ci est bien toléré » (15). « En prévention primaire, les données concernant les personnes âgées sont actuellement limitées, particulièrement au-delà de 75 ans, et la décision de traiter ou non un(e) patient(e) doit être individualisée, en tenant compte de son état de santé et de son état fonctionnel et cognitif » (16)

- La prise en charge du risque thromboembolique par les anticoagulants oraux : La prescription doit faire l'objet d'une évaluation du rapport bénéfice / risque hémorragique (évalué par le score HAS-BLED (17)), qui est particulièrement difficile chez les patients âgés au niveau individuel car « les patients à risque hémorragique élevé sont souvent ceux qui auraient le plus grand bénéfice des anticoagulants » (18). De plus, les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) ou Anticoagulants Oraux Directs (AOD) sont à éviter chez les patients de plus de 75 ans et de moins de 60 kg par manque de données cliniques chez ces patients, selon les recommandations HAS de juillet 2013 (19) et à utiliser avec prudence à partir de 75 ans d'après le rapport sur les anticoagulants de l'ANSM d'avril 2014 (20).
- La prise en charge du risque thrombotique par antiagrégants plaquettaires : La prescription des antiagrégants doit faire l'objet « systématiquement et régulièrement » d'une réévaluation du bénéfice / risque, notamment lors de la survenue des troubles cognitifs ou des chutes (21).

c La limitation des thérapeutiques chez le sujet âgé

« On admet que les sujets âgés de plus de 75 ans souffrent en moyenne de 3 à 5 maladies chroniques et/ou aiguës. Les principales pathologies rencontrées sont les pathologies cardiovasculaires (Hypertension artérielle surtout), les maladies ostéo-articulaires (...), les troubles neuro-psychiques (...) et les maladies métaboliques avec notamment le diabète. » (22)

« Le seuil de « dangerosité », en raison du risque élevé d'interférences médicamenteuses, du risque d'erreur d'administration ou d'accumulation, se situe pour la plupart des auteurs à 5 médicaments différents au moins pris quotidiennement » (23). On parle de polymédication à partir de ce seuil de 5 médicaments différents par jour.

Faut-il donc traiter toutes les maladies du sujet âgé ? Le Professeur Régis Gonthier répond non : « il ne faut pas vouloir tout traiter et toute maladie chronique n'impose pas nécessairement un traitement permanent » et propose des stratégies d'optimisation des traitements (22) :

- Donner la priorité aux médicaments les plus efficaces
- Optimiser les diagnostics : Un symptôme n'est pas une maladie
- Ne pas traiter des anomalies de découverte fortuite si elles n'ont pas de retentissement clinique
- Repérer le terrain fragile pour diminuer les posologies
- Ne pas utiliser au même moment 2 médicaments de la même classe

- Réduire les posologies par sécurité
- Prévenir les interférences médicamenteuses
- Savoir déprescrire :
 - Arrêt des médicaments prescrits pour un symptôme ou une pathologie temporaires (Ex : Arrêt des hypoglycémiant prescrits pour une hyperglycémie transitoire)
 - Arrêt des traitements ayant perdu leur cible initiale (Ex : Oxybutinine chez le patient devenu incontinent)
 - Arrêt en raison d'une espérance de vie courte (Ex : Statine après 80 ans)

2 Données manquantes

Lors de nos stages en médecine générale et tout particulièrement lors de visites en EHPAD, nous avons eu l'impression que ces recommandations de bonnes pratiques pour l'optimisation des thérapeutiques chez le sujet âgé étaient peu appliquées, que les ordonnances étaient rarement révisées même chez des sujets âgés dont l'état général était très altéré, multipliant ainsi le nombre de prises médicamenteuses et altérant leur confort, surtout en ce qui concerne l'alimentation.

Aucune donnée n'était disponible concernant l'état de la consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant en institution avant la réalisation du projet de recherche IQUARE, lancé en 2011 par le réseau de recherche en EHPAD (REHPA) du CHU de Toulouse, mais dont les résultats n'ont pas encore été publiés. Certaines conclusions ont été toutefois présentées par le Docteur SOURDET au congrès de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) fin Novembre 2014 : « Une proportion importante des résidents en EHPAD a des prescriptions médicamenteuses inappropriées. La qualité des prescriptions semble s'améliorer chez les patients en fin de vie mais la part des traitements à risque reste élevée. Une attention particulière doit être apportée aux prescriptions de ces patients fragiles et à haut risque d'évènements indésirables ».

Par ailleurs, il n'y a pas d'étude publiée abordant la problématique de la dé-prescription chez le sujet âgé. De plus, le Professeur Sylvie LEGRAIN remarque, dans « Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance », que « la brièveté de la consultation ne permet, ni une réévaluation régulière de la polymédication des sujets âgés, ni l'accompagnement de l'arrêt de traitements, devenus dangereux ou inutiles » (6).

3 Problématiques

Nous nous sommes donc posé deux questions :

- Quel est l'état des prescriptions de prévention cardio-vasculaire chez les patients âgés de plus de 75 ans, dépendants et atteints de troubles cognitifs, vivant en EHPAD ?
- Les médecins généralistes prennent-ils la décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire chez les sujets âgés de plus de 75 ans, dépendants et atteints de troubles cognitifs, vivant en EHPAD ?

V Partie 1 : Etat des lieux des prescriptions de prévention cardiovasculaire

1 Matériel et Méthode

Un état des lieux des prescriptions chez le sujet âgé et dépendant, vivant en EHPAD a été réalisé par une étude descriptive transversale consistant en une analyse de l'ordonnance au 31 décembre 2013 dans la population étudiée.

a Patients

La population cible était les sujets de plus de 75 ans, vivant en EHPAD et dépendants. Nous avons retenu 75 ans comme âge limite définissant le sujet âgé comme le propose le programme PMSA de la HAS. Pour définir la dépendance, nous nous sommes appuyés sur la grille AGGIR et avons choisi de centrer notre étude sur les sujets présentant des troubles cognitifs graves. Les sujets inclus devaient donc avoir un score GIR de 1 ou 2-cognitif. L'expression GIR 2-cognitif désigne les résidents dont le score GIR est de 2, avec la cotation C aux items de la grille AGGIR « orientation » et « cohérence ». (Annexe 1)

La population source était constituée par tous les résidents des 4 EHPAD sarthoises suivantes : Vibraye, Thorigné-sur-Dué, Nogent le Bernard et Tuffé.

Les critères d'inclusion étaient : un âge supérieur à 75 ans, un score GIR de 1 ou 2-cognitif.

Les critères d'exclusion étaient une admission à l'EHPAD récente, c'est à dire inférieure à un an, car n'ayant pas forcément permis au médecin traitant d'avoir une connaissance du résident pour réévaluer la prescription des traitements habituels (certains résidents devaient changer de médecin traitant suite à leur admission, l'EHPAD étant située à distance de leur lieu de résidence).

b Méthode

Pour chaque patient, les caractéristiques suivantes ont été relevées : âge, sexe, date d'admission en EHPAD, score GIR, fonction rénale (Dosage de la créatinine au cours de l'année écoulée avec clairance évaluée selon la formule MDRD).

Les prescriptions ont été recueillies à partir de l'ordonnance en vigueur au 31 décembre 2013. Les surveillances associées ont été relevées à partir du dossier médical de l'EHPAD.

Sur cette ordonnance, un décompte du nombre de molécules différentes et du nombre de formes per os (comprimés, poudres...) prises par jour a été réalisé. L'existence d'une polymédication était définie par la prise d'au moins 5 molécules différentes. (23)

Concernant la prévention cardiovasculaire, les éléments suivant ont été recueillis sur l'ordonnance du 31 décembre 2013 :

Prescription globale de prévention cardiovasculaire

Le nombre de molécules de prévention cardiovasculaire a été relevé pour chaque patient et a été défini comme critère de jugement principal de l'étude.

Traitements de l'hypertension artérielle

Les critères relevés ont été définis selon les recommandations de Janvier 2013 de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) : Pour les sujets âgés de plus de 80 ans, l'objectif tensionnel est une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 150 mmHg, sans hypotension orthostatique et sans prescrire plus de 3 molécules anti-hypertensives différentes. (12)

Pour les traitements antihypertenseurs, ont été relevés :

- L'indication du traitement : Prévention primaire ou secondaire
 - Le traitement était considéré comme prévention secondaire si une maladie cardiovasculaire ou un antécédent cardiovasculaire était retrouvé dans le dossier.
 - Le traitement était considéré comme prévention primaire dans les autres cas.
- Le nombre de molécules prescrites :
 - Le nombre de molécules anti-hypertensives par patient
 - Le patient reçoit-il plus de 3 molécules anti-hypertensives différentes ?
- La surveillance des patients traités :
 - Une mesure de la pression artérielle (PA) a-t-elle été réalisée au cours des 3 derniers mois ?
 - Quelle était la valeur de la PAS ?
 - La PAS était-elle inférieure à 150 mmHg ?
 - Recherche de complication : Une recherche d'hypotension orthostatique a-t-elle été réalisée au cours de l'année passée ?

Traitements du diabète

Les critères relevés ont été définis selon les recommandations de Janvier 2013 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) : « Pour les personnes âgées dites « malades », la priorité est d'éviter les complications aiguës dues au diabète (déshydratation, coma hyperosmolaire) et les hypoglycémies; des glycémies capillaires préprandiales comprises entre 1 et 2 g/l et/ou un taux d'HbA1c inférieur à 9 % sont recommandés ». La population étudiée peut être considérée comme constituée de personnes âgées « malades », c'est-à-dire des « patients en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicap et d'un isolement social ».

Pour les traitements antidiabétiques, ont été relevés :

- Le nombre de molécules prescrites :
 - Le nombre de molécules anti-diabétiques par patient
 - Le patient est-il traité par insuline ? Si oui, quel est le schéma réalisé (Insuline lente seule ou schéma basal – bolus) ?
- La surveillance des patients traités :
 - Un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) a-t-il été réalisé au cours des 3 derniers mois ?
 - L'HbA1c était-elle inférieure à 9% ?
 - Recherche de complication : Le patient a-t-il été hospitalisé pour complication du diabète au cours de l'année passée ? Le terme « complication » regroupait aussi bien les complications aiguës (hypoglycémies, acido-cétose, coma hyper-osmolaire ou l'acidose lactique) que les complications chroniques (diabète déséquilibré, plaies diabétiques...).

Traitements de la dyslipidémie

Les critères relevés ont été définis selon les recommandations de 2012 de l'European Society of Cardiology (ESC) (13).

En prévention secondaire, la prescription d'un traitement hypolipémiant est recommandée en cas de :

- Maladie cardiovasculaire
- Syndrome coronarien aigu
- Revascularisation (Angioplastie, Pontage...)

- Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

En prévention primaire, la prescription d'un traitement hypolipémiant est recommandée selon le risque cardiovasculaire du patient défini par la table SCORE et selon le taux de LDL-Cholestérol.

Pour les traitements hypolipémiants, ont été relevés :

- L'indication du traitement : Prévention primaire ou secondaire
 - Le traitement était considéré comme prévention secondaire si une des indications de la recommandation de l'ESC était retrouvée.
 - Le traitement était considéré comme prévention primaire dans les autres cas.

Traitements antiagrégants plaquettaires

Les critères relevés ont été définis selon les recommandations de Juin 2012 de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (21).

En prévention secondaire, l'inhibition plaquettaire est recommandée :

- En monothérapie par aspirine : après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou un Accident Ischémique Transitoire (AIT), en cas de maladie coronarienne stable (y compris après pontage) ou en cas d'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) symptomatique.
- En bithérapie par aspirine et clopidogrel, après un Infarctus Du Myocarde (IDM) ou une pose d'un stent hors contexte d'IDM.
- En bithérapie par aspirine associé au prasugrel ou au ticagrelor dans les suites d'un syndrome coronarien aigu.

En prévention primaire, une inhibition plaquettaire au long cours est recommandée par aspirine :

- En absence de diabète, lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé (risque Cardiovasculaire fatal > 5% calculé selon la table SCORE)
- En cas de diabète, l'évaluation du risque cardiovasculaire repose entre autre sur l'équation de risque de l'UKPDS.

Pour les traitements antiagrégants plaquettaires, ont été relevés :

- Le nombre de molécules prescrites :
 - Le nombre de molécules antiagrégantes par patient
 - Le type de molécules antiagrégantes prescrite : Aspirine, clopidogrel ou autre (prasugrel ou au ticagrelor)
- L'indication du traitement : Prévention primaire ou secondaire
 - Le traitement était considéré comme prévention secondaire si une des indications de la recommandation de la HAS/ANSM était retrouvée.
 - Le traitement était considéré comme prévention primaire dans les autres cas.

Traitements anticoagulants oraux

Les critères relevés ont été définis selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) d'Avril 2014 (20). Les anticoagulants sont indiqués dans les situations suivantes :

- Prévention des complications thromboemboliques des cardiopathies emboligènes :
 - Troubles du rythme auriculaire (fibrillation auriculaire, flutter, tachycardie atriale)
 - Prothèses valvulaires (Uniquement pour les anti-vitamines K)
 - Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde
- Traitement et prévention des récurrences des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire
- Prévention des événements thromboemboliques veineux après une intervention chirurgicale programmée pour mise en place d'une prothèse totale de hanche ou de genou (Uniquement pour les nouveaux anticoagulants oraux (NACO))

Pour les traitements anticoagulants, ont été relevés :

- Le type de molécules prescrites :
 - Anti-vitamine K (AVK)
 - Anticoagulants oraux directs (AOD)
- L'indication du traitement, synthétisée comme suit dans le contexte de notre étude :
 - Fibrillation auriculaire et autres troubles du rythme auriculaire
 - Prothèse valvulaire mécanique
 - Maladie thromboembolique veineuse, prévention ou traitement

- La surveillance des patients traités :
 - Pour les patients traités par AVK : Un dosage de l'INR a-t-il été réalisé au cours du dernier mois ? L'INR cible était-il atteint ?
 - Recherche de complication : Le patient a-t-il été hospitalisé pour complication hémorragique au cours de l'année écoulée ?

Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire

Les autres molécules de prévention cardiovasculaire ont été relevées par classes thérapeutiques ainsi que leur surveillance le cas échéant.

c Aspects réglementaires

L'accès aux dossiers des résidents s'est fait par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque résident.

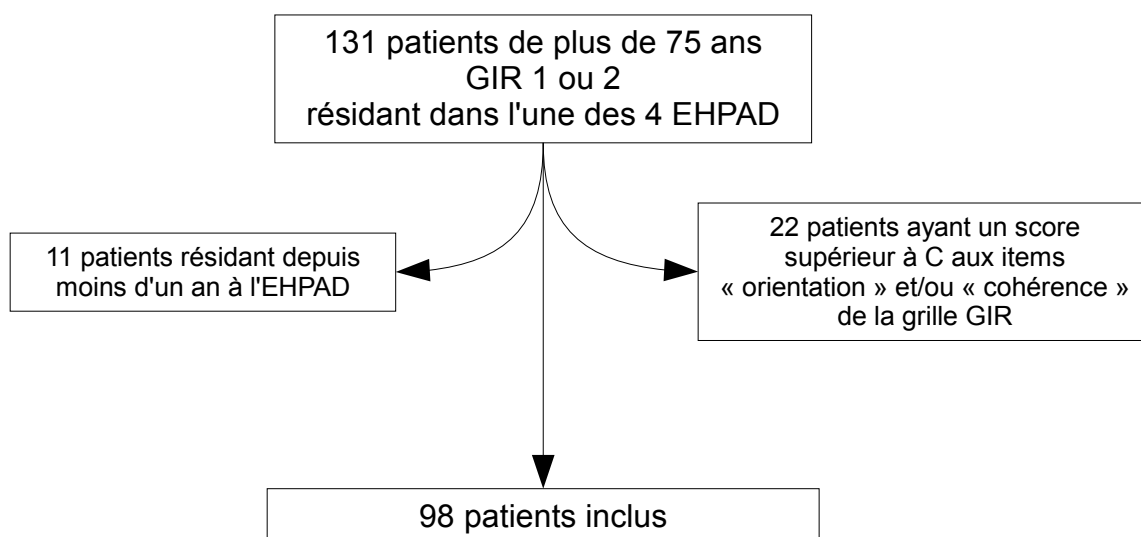
Tous les médecins généralistes prescripteurs concernés ont reçu une lettre d'information leur expliquant l'étude réalisée (Annexe 2). Leurs noms n'ont pas été relevés.

Les directeurs des 4 établissements ont été contactés par courrier (Annexe 3) et ont donné leur accord écrit pour la réalisation de l'étude.

2 Résultats

a Caractéristiques de la population

Au 31 Janvier 2013, dans les 4 EHPAD, 131 résidents avaient plus de 75 ans et avaient un score GIR inférieur ou égal à 2. 22 n'ont pas été inclus dans l'analyse, car les items « Orientation » et/ou « cohérence » de la Grille GIR rapportaient un score supérieur à C et 11 ont été exclus de l'analyse car ayant été admis il y a moins d'un an à l'EHPAD.



Les patients étaient vus en consultation par leur médecin traitant tous les trois mois, au cours de laquelle leur traitement était renouvelé. 16 médecins généralistes différents intervenaient auprès de la population étudiée.

L'âge moyen des résidents était de 90,2 ans ($\sigma = \pm 5,2$). Les femmes représentaient 80 % de la population. 62,2% des patients inclus étaient GIR 1 et 37,8%, GIR 2.

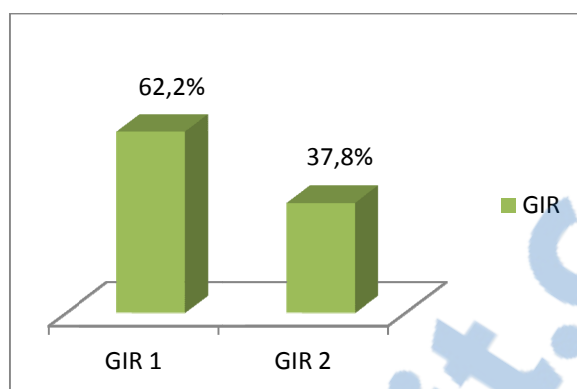


Figure 1 : Répartition GIR 1 / GIR 2

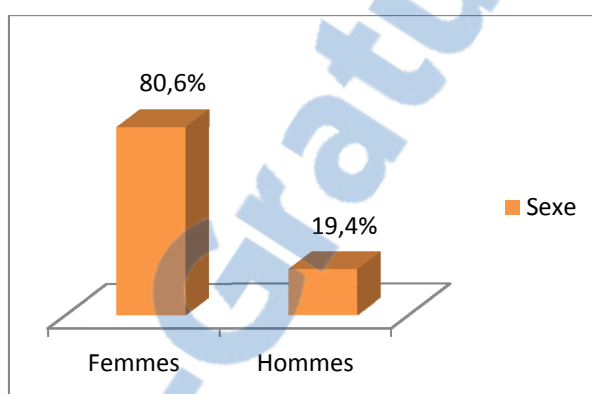


Figure 2 : Répartition hommes / femmes

En moyenne, les résidents recevaient 7,2 molécules différentes ($\sigma = +/- 3,1$) et 78,6% étaient polymédiqués. Les patients recevaient en moyenne 10,4 formes per os (Comprimés, poudres...) par jour ($\sigma = +/- 5,2$), avec un maximum de 29 prises quotidiennes pour l'un d'entre eux.

64,3% des patients avaient eu un dosage de la créatinine au cours de l'année 2013. La clairance de la créatinine exprimée par la formule MDRD moyenne était de 77,8 mL/min ($\sigma = +/- 27,4$).

b Prescription globale de molécules de prévention cardiovasculaire

Les résidents inclus, recevaient au 31 décembre 2013 en moyenne 2,2 molécules de prévention cardiovasculaire ($\sigma = +/- 1,6$). Le maximum était de 7 molécules différentes chez l'un des résidents. Quinze résidents n'en recevaient aucune (soit 15,3%). Les traitements de prévention cardiovasculaires représentaient en moyenne 30,7% des lignes de l'ordonnance.

La classe la plus prescrite était de loin les traitements de l'hypertension artérielle, qui

représentaient la moitié des molécules de prévention cardiovasculaire prescrites, suivie par les antiagrégants plaquettaires qui représentaient 18,1%.

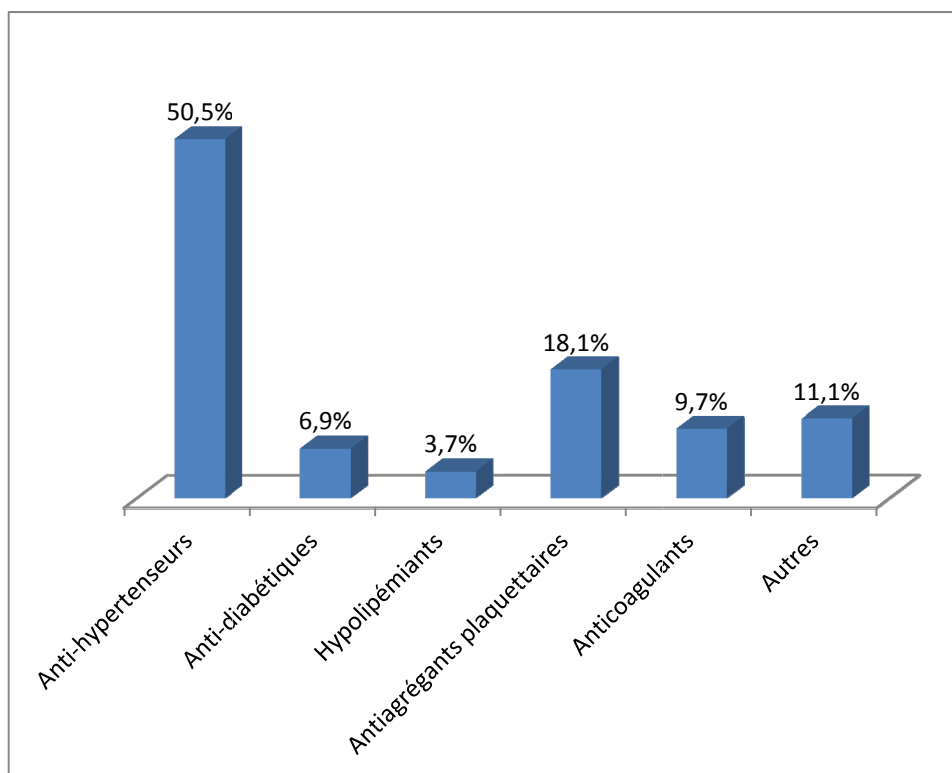


Figure 3 : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique

c Prescription de molécules de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique

Traitements antihypertenseurs

Les deux tiers des résidents recevaient un traitement contre l'hypertension artérielle. Dans les trois quart des cas, il s'agissait d'une prévention primaire.

En moyenne, chaque patient traité recevait 1,7 molécules différentes ($\sigma = +/- 0,8$). Un seul patient recevait plus de trois molécules anti-hypertensives différentes.

Seuls 62,1% des patients traités avaient eu une mesure de leur pression artérielle au cours des trois derniers mois. L'objectif fixé par la SFHTA d'une Pression artérielle systolique inférieure (PAS) à 150 mmHg était atteint chez 57,6% des patients, avec une PAS moyenne de 126 mmHg ($\sigma = +/- 16$ mmHg). Aucun patient n'avait bénéficié d'une recherche d'hypotension orthostatique au cours de l'année écoulée.

Tableau I : Prescription de traitements antihypertenseurs

	Moyenne	n (%)	σ
Nombre de patients traités		66 (67,3%)	
Indication parmi les patients traités :			
• Prévention primaire		50 (76,9%)	
• Prévention secondaire		15 (23,1%)	
Nombre de molécules anti-hypertensives pour les patients traités :			
• Nombre de molécules par patient	1,7		0,8
• Patients recevant > 3 molécules différentes		1 (1,5%)	
Surveillance des patients traités :			
• PA [‡] au cours des 3 derniers mois		41 (62,1%)	
• PAS* moyenne (mmHg)	126		16
• PAS* < 150 mmHg		38 (57,6%)	
• Recherche d'HTO [†] dans l'année		0 (0%)	

[‡]PA : Pression artérielle

*PAS : Pression Artérielle Systolique

[†]HTO : Hypotension orthostatique

Traitements antidiabétiques

11,2% des patients étaient traités pour un diabète de type 2, dont les deux tiers recevaient de l'insuline avec essentiellement un schéma avec insuline lente seule (85,7%).

Une surveillance de l'hémoglobine glyquée avait été réalisée au cours des 3 derniers mois chez 45,5% des patients. L'HbA1c était supérieure à 9 % chez l'un des 11 patients traités (9,1%). Une hémoglobine glyquée cible n'était atteinte que chez 36,4% des patients traités. Chez les 6 patients restants, un dosage n'avait pas été réalisé au cours des 3 derniers mois. Aucun patient n'avait une HbA1c inférieure à 6%.

Aucun patient n'a été hospitalisé pour complication de son diabète au cours de l'année 2013.

Tableau II : Prescription de traitements anti-diabétiques

	Moyenne	n (%)	σ
Nombre de patients traités		11 (11,2%)	
Nombre de molécules antidiabétiques parmi les patients traités :			
• Nombre de molécules par patient	1,4		0,5
• Patients traités par insuline		7 (63,6%)	
○ Insuline lente seule		6 (85,7%)	
○ Schéma basal – bolus		1 (14,3%)	
Surveillance des patients traités :			
• HbA1c [‡] au cours des 3 derniers mois		5 (45,5%)	
○ HbA1c < 9 %		4 (36,4%)	
○ HbA1c > 9 %		1 (9,1%)	
• HbA1c non dosée au cours des 3 derniers mois		6 (54,5%)	
• Hospitalisation pour complication au cours de l'année écoulée		0 (0%)	

[‡]HbA1C : Hémoglobine glyquée

Traitements hypolipémiantes

8,2% des patients recevaient un traitement hypolipémiant. Ce traitement était majoritairement prescrit en prévention primaire.

Tableau III : Prescription de traitements hypolipémiantes

	n (%)
Nombre de patients traités	8 (8,2%)
Indication parmi les patients traités :	
• Prévention primaire	5 (62,5%)
• Prévention secondaire	3 (37,5%)

Traitements antiagrégants plaquettaires

39,8% des patients recevaient un traitement antiagrégant plaquettaire. Dans 92,3% des cas, il s'agissait d'aspirine. Dans près de la moitié des cas (48,7%), l'indication était une prévention primaire.

Tableau IV : Prescription de traitements antiagrégants plaquettaires

	n (%)
Nombre de patients traités	39 (39,8%)
Nombre de molécules antiagrégantes par patient traité :	
• Monothérapie	39 (100%)
○ Aspirine	36 (92,3%)
○ Clopidogrel	3 (7,7%)
• Bithérapie	0 (0%)

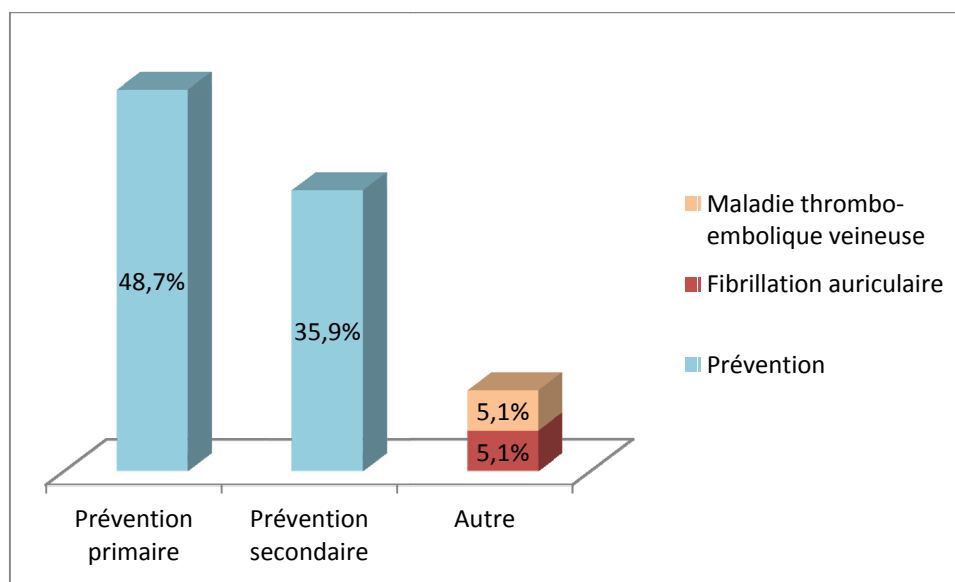


Figure 4 : Indications des traitements antiagrégants plaquettaires

Traitements anticoagulants

21,4% des patients recevaient un traitement anticoagulant, dans 85,7% des cas il s'agissait d'anti-vitamine K.

94,4 % des patients traités par AVK avaient eu un contrôle de l'INR au cours du mois écoulé et l'INR cible était atteint dans 64,7%. Aucun patient n'a été hospitalisé pour complication hémorragique au cours de l'année 2013.

Tableau V : Prescription de traitements anticoagulants

	n (%)
Nombre de patients traités	21 (21,4%)
Molécule prescrite pour les patients traités :	
• AVK [‡]	18 (85,7%)
• NACO*	3 (14,3%)
Surveillance des patients traités par AVK :	
• INR ⁺ au cours du mois passé	17 (94,4%)
• INR cible atteint	11 (64,7%)
Hospitalisation pour complication hémorragique au cours de l'année écoulée	0 (0%)

[‡]AVK : Anti-vitamine K

*NACO : Nouveau Anticoagulant Oraux

⁺INR : International Normalized Ratio

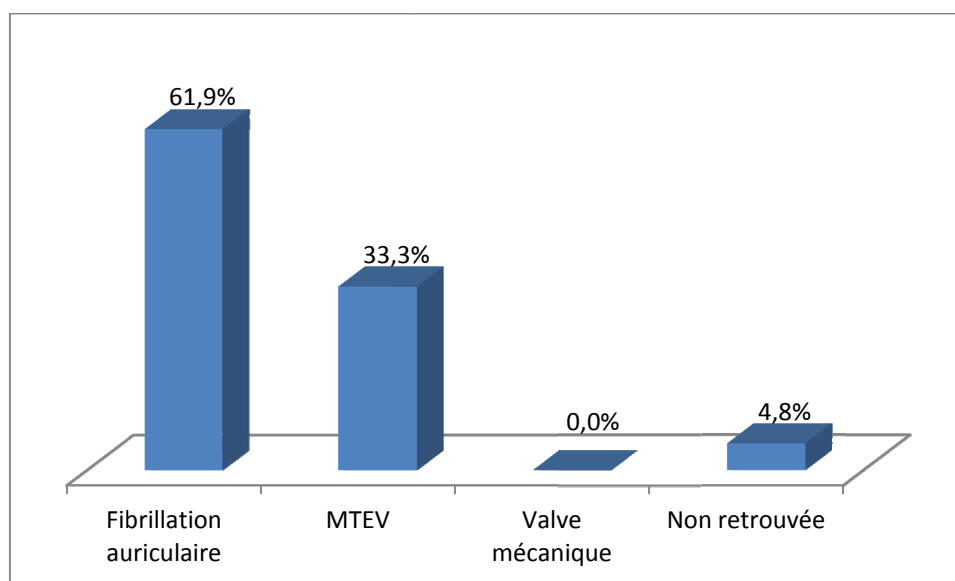


Figure 5 : Indications des traitements anticoagulants

Sur les 3 patients sous NACO, 2 avaient une clairance de la créatinine normale (Supérieure à 60 mL/min selon la formule MDRD), chez le troisième patient, aucune mesure de la créatinine n'a été retrouvée au cours de l'année 2013.

Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire

20% des résidents recevaient au moins une molécule de prévention cardiovasculaire ne faisant pas partie de l'une des 5 classes citées ci-dessus.

Les molécules prescrites étaient principalement de la digoxine, de l'amiodarone et des dérivés nitrés en patch.

Tableau VI : Prescription des autres thérapeutiques à visée cardiovasculaires

	n (%)
Nombre de patients traités par :	
• Digoxine	10 (10,2 %)
• Cordarone	5 (5,1 %)
• Dérivés nitrés en patch	5 (5,1 %)
• Autres	4 (4,1 %)

Chez les patients traités par Digoxine, un dosage de digoxinémie au cours de l'année écoulée a été retrouvé chez 40% des patients traités. La digoxinémie était inférieure à 1 ng/mL chez 2 des 10 patients (20%).

3 Discussion

Bien que le nombre de sujets inclus (98 résidents), d'EHPAD concernées et de médecins prescripteurs soit limité, notre recueil permet d'avoir une idée de l'état des prescriptions de prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé et dépendant en EHPAD, sachant qu'actuellement, il n'existe pas d'étude publiée sur ce sujet (les résultats de l'étude IQUARE sont en attente de publication).

a Prescription globale de prévention cardiovasculaire

Les traitements de prévention cardiovasculaire représentaient en moyenne 30,7% des lignes de l'ordonnance, ce qui est légèrement en dessous du chiffre de 37% avancé par Laurence AUVRAY et Catherine SERMET pour les personnes âgées de plus de 65 ans (7) : Bien que notre population incluse soit très âgée, institutionnalisée, dépendante et présentant des troubles cognitifs, la prévention cardiovasculaire représente une part très importante des prescriptions et ce dans une proportion similaire à celle de l'ensemble des sujets âgés de plus de 65 ans. L'absence de traitement à visée cardiovasculaire dans la population étudiée reste l'exception.

b Traitements de l'hypertension artérielle

Les traitements de l'hypertension artérielle représentent de loin, la classe thérapeutique la plus prescrite. Deux patients sur trois recevaient un traitement antihypertenseur.

Bien que les recommandations de la société française de l'Hypertension Artérielle (12) et de l'European Society of Cardiology (11) proposent pour les patients de plus de 80 ans un assouplissement des objectifs tensionnels tels que la pression artérielle systolique soit inférieure à 150 mmHg, on observe un sur-traitement des patients. En effet la pression artérielle systolique moyenne relevée était de 126 mmHg, bien en dessous des objectifs proposés. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce phénomène :

- Le sujet âgé est traité comme n'importe quel autre sujet, le prescripteur n'ayant pas connaissance de l'assouplissement des recommandations concernant cette tranche d'âge

- Le prescripteur manque de temps pour réévaluer le bénéfice ainsi que la balance bénéfice/risque du traitement et n'ose pas dé-prescrire

Par ailleurs, l'hypotension orthostatique, effet secondaire du traitement, pourvoyeuse de chute dans cette population fragile, n'est jamais recherchée par le médecin prescripteur. Pour les patients GIR 1, la recherche d'hypotension orthostatique n'était pas envisageable en raison de leur grabatisation. Mais, pour les GIR 2 « cognitifs », qui sont des patients dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer, la mesure était réalisable. De plus, il s'agit de patients qui sont à risque de chute en raison de leurs troubles cognitifs. On peut évoquer le manque de temps du médecin traitant ainsi que le manque de compliance du patient atteint de troubles cognitifs pour expliquer l'absence de réalisation de cette mesure.

Enfin, il faut remarquer qu'une valeur de pression artérielle au cours des 3 derniers mois, n'a été retrouvée que chez 62,1% des patients traités.

Au total, les patients sont possiblement sur-traités contre l'hypertension artérielle, l'efficacité du traitement n'est pas systématiquement évaluée (Mesure de la pression artérielle) et les effets secondaires ne sont pas recherchés (Recherche d'hypotension orthostatique).

c Traitements du diabète

11,2% des patients étaient traités pour un diabète de type 2, ce qui est inférieur aux données épidémiologiques nationales qui dénombraient 14,8% de patients traités parmi les sujets de plus de 75 ans (24) (10) . Notre étude ne concernait que les patients dont l'autonomie et les fonctions cognitives étaient altérées, correspondant à des patients « malades » selon les recommandations de prise en charge du diabète de type 2 de la HAS (10). Hors chez ces patients, si « l'écart à l'objectif est faible (moins de 0,5 % en valeur absolue d'HbA1c), l'absence de traitement médicamenteux du contrôle glycémique peut être envisagée, avec une surveillance de la glycémie ». Il n'y a donc probablement pas moins de patients diabétiques dans la population étudiée, mais seulement moins de patients traités.

Le schéma thérapeutique utilisé était principalement représenté par l'insuline lente seule (Ex : LANTUS° ou LEVEMIR°) chez plus de la moitié des patients inclus alors qu'au niveau national chez l'ensemble des patients diabétiques de type 2, ce schéma n'est utilisé que chez 1 % des patients traités (10). Il aurait pu être intéressant de vérifier l'absence de prescription de sulfamides hypoglycémifiants, pourvoyeurs d'hypoglycémies, dans cette population vulnérable. La prise en charge du sujet âgé, dépendant et dément en EHPAD est donc sensiblement différente de la

prise en charge du patient diabétique de type 2 de la population générale, en raison des risques des antidiabétiques oraux et de l'évolution de la maladie diabétique nécessitant de l'insuline.

Concernant les objectifs thérapeutiques fixés par la HAS, l'hémoglobine glyquée était peu surveillée (45,5% des patients avaient eu un dosage de l'hémoglobine glyquée au cours des 3 derniers mois) mais l'objectif inférieur à 9% globalement atteint. Aucun patient n'a été hospitalisé au cours de l'année écoulée pour complication du diabète. En ce qui concerne les hypoglycémies, la tenue des dossiers médicaux ne permettait pas de retrouver facilement ce type d'élément mais aucune hospitalisation pour hypoglycémie grave n'a été retrouvée. Même si l'hémoglobine glyquée est peu surveillée, les complications aiguës du diabète sont évitées et permettent de préserver une qualité de vie chez ces patients dont l'espérance de vie est limitée.

d Traitements de la dyslipidémie

Peu de patients recevaient un traitement hypolipémiant, mais dans les deux tiers des cas, ce traitement était prescrit en prévention primaire.

On observe actuellement une dichotomie entre les recommandations américaines (25) qui tendent vers un traitement très large des patients selon le risque cardiovasculaire global (et non plus les valeurs du LDL) et des avis d'expert qui tendent à limiter la prescription chez le sujet âgé.

Le collège National des généralistes enseignants (CNGE) a publié un communiqué de presse en Avril 2014 (26) pour la prise en charge des « patients hypercholestérolémiques : abandonner les cibles de LDL et traiter par statine selon le risque cardiovasculaire », en application des recommandations américaines. « Le CNGE demande une mise à jour des recommandations françaises qui ne sont plus adaptées aux données de la science ». Mais une fois de plus ces recommandations ne concernent pas le sujet âgé, mais les sujets de 40 à 75 ans.

L'étude PROSPER (14) suggère que la stratégie de contrôle du risque vasculaire devrait aussi être appliquée aux personnes les plus âgées. Cependant, cela n'apparaît pas dans les recommandations parues récemment.

A l'opposé, des experts se posent la question de la prescription des hypolipémiants chez les sujets âgés, qui ne sont ni concernés par les nouvelles recommandations américaines ni inclus dans les études cliniques. Un article publié dans la revue médicale suisse se pose donc la question de la prise en charge des dyslipidémies en 2014 et présente les résultats suivants : « Le risque d'effets indésirables du traitement semble augmenter avec l'âge. L'introduction d'un traitement en prévention primaire pourrait être considérée pour les patients âgés de moins de 75 ans et devrait être

évaluée de manière individuelle, en tenant compte du bénéfice du traitement, du risque d'effets secondaires, des interactions médicamenteuses et des préférences du patient. En prévention secondaire, il semble raisonnable de poursuivre un traitement de statines si celui-ci est bien toléré » (15).

Si l'on s'appuie d'une part sur cet avis d'expert et d'autre part sur la communication du CNGE, les deux tiers des patients traités par hypolipémiant, inclus dans notre étude, ne devraient pas l'être.

e Traitements antiagrégants plaquettaires

Les traitements antiagrégants plaquettaires représentaient la deuxième classe thérapeutique la plus prescrite après les traitements antihypertenseurs. Près de 40 % des patients recevaient un traitement antiagrégant. Dans la moitié des cas l'indication était une prévention primaire.

La prescription de traitement antiagrégant en prévention primaire doit reposer, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (21), sur la table SCORE. Nous n'avons pas pu calculer le SCORE des patients inclus car le dosage du cholestérol, nécessaire au calcul, n'étaient presque jamais retrouvé dans le dossier, car probablement non réalisé en raison de leur âge. Par ailleurs, on peut se poser la question de l'intérêt de l'évaluation par la table SCORE dans notre population qui évalue le risque cardiovasculaire à 10 ans. En effet, la population incluse étant très âgée (Âge moyen de 90,2 ans), polypathologique et dépendante, n'a par conséquent pas 10 ans d'espérance de vie. Les critères de prescription ne sont donc pas pertinents dans la population étudiée. La poursuite du traitement, qui concerne 20% des patients, est alors discutable.

L'indication des antiagrégants en prévention secondaire semble plus évidente, il n'y a pas de calcul de score et les indications sont indépendantes de l'âge.

Par ailleurs, les traitements antiagrégants étaient prescrits dans deux situations dans lesquelles ils ne sont pas recommandés :

- La fibrillation auriculaire dans laquelle ils ont été recommandés avant la modification des recommandations, concomitantes à la mise sur les marchés des NACO.
- La prévention de la récurrence de la maladie thrombo-embolique veineuse, pour laquelle ils n'ont jamais été recommandés.

Il y a donc probablement un manque de connaissances concernant le mode d'action et les indications des antiagrégants, avec une confusion entre les antiagrégants et les anticoagulants. On

peut aussi se demander si certaines de ces prescriptions d'antiagrégant dans ces « non-indications » n'est pas volontaire pour réduire, à tort, le risque hémorragique et éviter la surveillance biologique inhérente à la prescription d'un traitement par anti-vitamine K.

f Traitements anticoagulants oraux

Un patient sur cinq recevait un traitement anticoagulant et dans 85,7% des cas il s'agissait d'anti-vitamine K. Au total, 18,4 % des patients inclus recevaient un traitement anticoagulant par AVK, ce qui est au-dessus des chiffres de l'ANSM qui rapporte que « les sujets âgés de 75 ans et plus sont les plus exposés, avec près de 12 % des sujets de cette tranche d'âge traités par un AVK en 2011 » (27). Cette différence peut être expliquée par la mise à jour du score CHADS en 2012 par l'European Society of Cardiology (17), évaluant le risque thromboembolique en cas de fibrillation auriculaire, remplacé par le score du CHA2DS2-VASC, qui étend de manière systématique la prescription des anticoagulants à tous les patients de plus de 65 ans.

L'institutionnalisation donne aussi au médecin prescripteur une impression de sécurité par la présence d'infirmières qui délivrent le traitement, limitant les erreurs de prises et qui peut effectuer plus facilement qu'à domicile, la surveillance de l'INR. Pourtant, dans notre population, bien qu'un dosage de l'INR ait été réalisé chez la quasi-totalité des patients traités en cours du mois écoulé, seuls deux tiers étaient dans les normes.

Les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) ou anticoagulant oraux directs (AOD) ne sont que peu prescrits (14% de la prescription totale des anticoagulants). Plusieurs éléments peuvent expliquer cette faible prescription :

- « Les AVK sont la référence dans la prévention des accidents thromboemboliques en cas de fibrillation auriculaire » (19).
- La prescription des AOD doit être réservée aux patients dont l'INR est difficile à équilibrer (19) et la surveillance de l'INR est facilitée en institution par la présence d'infirmières.
- Les AOD sont à éviter chez le sujet âgé de plus de 75 ans et dont le poids est inférieur à 60 kg, en raison d'un risque accru de saignement (19).
- La fonction rénale de ces patients ne permet pas toujours de les envisager.
- Il existe une réticence des médecins généralistes concernant les AOD du fait de l'absence de recul suffisant.

Concernant le risque hémorragique, aucun patient n'avait été hospitalisé en 2013 pour complication hémorragique dans un contexte de prise de traitement anticoagulant. Pourtant les « anticoagulants, dont les AVK, arrivent en France au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogènes graves » (28). Les traitements AVK sont responsables de la plus forte incidence d'hospitalisation pour effets indésirables (12,3 %) (29). « Le risque hémorragique est particulièrement élevé dans certaines situations : patients âgés, pathologies associées, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, faible poids corporel, interactions médicamenteuses... » (20). La population étudiée était donc disposée à présenter des complications hémorragiques. Notre effectif était probablement trop faible pour mettre en évidence l'ampleur de ce phénomène. De plus, une forte proportion était non déambulante, rendant le risque de complication hémorragique traumatique plus faible.

g Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire

Un patient sur 10 était traité par Digoxine. Elle permet de ralentir la fibrillation auriculaire « notamment chez le patient âgé peu actif » (30) et semble donc particulièrement adaptée à notre population. Un dosage de digoxinémie au cours de l'année écoulée n'a été retrouvé que chez 40% des patients traités. Hors, on sait que le sujet âgé est particulièrement sensible aux digitaliques et que « la surveillance du traitement par digoxine repose sur une adaptation des posologies en fonction des concentrations plasmatiques » (31). Une concentration plasmatique faible à 1 ng/mL est recommandée dans cette population (30) et n'est atteinte que chez 20% des patients traités dans notre étude. La digoxine est donc largement prescrite mais peu surveillée alors que l'on sait sa marge thérapeutique étroite.

5% des patients recevaient de l'amiodarone au long cours, qui n'a pourtant « pas d'indication comme traitement chronique pour ralentir le rythme cardiaque » (32). Ce traitement a été probablement renouvelé de manière systématique sans être réévalué.

Enfin, 5% des patients étaient traités par dérivés nitrés en patch. Notre population était constituée essentiellement de patients grabataires et pour ceux ne l'étant pas, ayant une activité physique extrêmement réduite. Il se pose donc la question de l'indication des dérivés nitrés, qui « doit être reconsidérée lorsque les crises angineuses disparaissent ou se raréfient avec la réduction d'activité, en raison d'une absence d'effet sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires » (31).

Cette première partie nous permet de mettre en évidence l'importante prescription de prévention cardiovasculaire en EHPAD, même chez le sujet âgé dont l'autonomie est très diminuée et les fonctions cognitives altérées.

Dans une deuxième partie, nous avons tenté de savoir si des consultations de réévaluation gériatrique permettaient d'envisager la révision des thérapeutiques à visée cardiovasculaire dans la population étudiée.

VI Partie 2 : Limitation et arrêt des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire

1 Matériel et méthode

A l'initiative du médecin coordonnateur des EHPADs de Vibraye, Tuffé, Nogent-le-Bernard et Thorigné-sur-Dué, des consultations de réévaluation gériatrique ont été mises en place et débutées en 2013. Nous avons pu assister à celles de 2014.

Il s'agit d'une visite longue (cotée VL pour le médecin traitant, soit 46€), effectuée par le médecin traitant, en présence du patient, du médecin coordonnateur et d'une infirmière de l'EHPAD. Une évaluation globale du patient est réalisée, tant sur le plan clinique (Antécédents et comorbidités, état général et pathologies intercurrentes) que biologique (Fonction rénale, surveillance des traitements prescrits) et thérapeutique (Indication, contre-indication, posologie, galénique) (Annexe 4 : Visite d'évaluation gériatrique).

a Patients

La population cible était les sujets de plus de 75 ans, vivants en EHPAD et dépendants. Nous avons choisi 75 ans comme âge limite définissant le sujet âgé comme le programme PMSA de la HAS. Pour définir la dépendance, nous nous sommes appuyés sur la grille AGGIR et avons choisi de centrer notre étude sur les sujets présentant des troubles cognitifs graves. Les sujets inclus devaient donc avoir un score GIR de 1 ou 2-cognitif. L'expression GIR 2-cognitif désigne les résidents dont le score GIR est de 2, avec la cotation C aux items de la grille AGGIR « orientation » et « cohérence ». (Annexe 1)

La population source était constituée par tous les résidents des 4 EHPAD suivantes : Vibraye, Tuffé, Nogent-le-Bernard et Thorigné, toutes prises en charge par le même médecin coordonnateur et dont le médecin traitant avait accepté de réaliser une visite de réévaluation gériatrique avec le médecin coordonnateur, entre Janvier 2014 et Décembre 2014 (Fin de notre recueil). Ces consultations ont été débutées en fin 2013 à l'initiative du médecin coordonnateur.

Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 75 ans, un score GIR de 1 ou 2-cognitif et que le patient reçoive au moins une molécule de prévention cardiovasculaire dans son traitement habituel.

Nous avons décidé de ne pas exclure les résidents admis depuis moins d'un an à l'EHPAD,

car la consultation de réévaluation gériatrique paraît particulièrement pertinente chez ces patients dont l'altération récente de l'autonomie ou des fonctions cognitives a motivé l'institutionnalisation.

b Méthode

Nous avons donc assisté à ces consultations de réévaluation gériatrique. Nous étions présents, mais nous n'intervenons pas, afin de ne pas modifier le cours de la consultation.

Pour chaque patient, les caractéristiques suivantes ont été relevées : âge, sexe, score GIR.

Au cours de chaque consultation, les thérapeutiques de prévention cardiovasculaire ont été relevées dans la grille de révision d'ordonnance produite par la HAS au cours de son programme PMSA (3) (Annexe 5).

Pour chaque traitement, la grille de révision d'ordonnance pose 4 questions clés :

Question 1 : Le traitement a-t-il une indication ?

C'est-à-dire, la pathologie ayant motivée la prescription initiale est-elle encore présente ? Le service médical rendu est-il bien présent ?

Traitements antihypertenseurs

L'indication a été définie selon les recommandations de Janvier 2013 de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) :

Pour les sujets âgés de plus de 80 ans, l'objectif tensionnel est une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 150 mmHg, sans hypotension orthostatique et sans prescrire plus de 3 molécules anti-hypertensives différentes (12).

De plus, en l'absence de recommandations, nous avons décidé de considérer une molécule non indiquée si la PAS était inférieure à 120 mmHg.

Traitements antidiabétiques

L'indication a été définie selon les recommandations de Janvier 2013 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) : « Pour les personnes âgées dites « malades », la priorité est d'éviter les complications aiguës dues au diabète (déshydratation, coma hyperosmolaire) et les hypoglycémies; des glycémies capillaires préprandiales comprises entre 1 et 2 g/l et/ou un taux d'HbA1c inférieur à 9 % sont recommandés »

Traitements hypolipémiants

L'indication a été définie selon les recommandations de 2012 de l'European Society of Cardiology (ESC) (13).

- En prévention secondaire, la prescription d'un traitement hypolipémiant est recommandée en cas de :
 - Maladie cardiovasculaire
 - Syndrome coronarien aigu
 - Revascularisation (Angioplastie, Pontage...)
 - Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique
 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
- En prévention primaire, la prescription d'un traitement hypolipémiant est recommandée selon le risque cardiovasculaire du patient défini par la table SCORE et selon le taux de LDL-Cholestérol.

Traitements antiagrégants plaquettaires

L'indication a été définie selon les recommandations de Juin 2012 de la Haut Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (21).

- En prévention secondaire, l'inhibition plaquettaire est recommandée :
 - En monothérapie par aspirine : après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou un Accident Ischémique Transitoire (AIT), en cas de maladie coronarienne stable (y compris après pontage) ou en cas d'Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs (AOMI) symptomatique.
 - En bithérapie par aspirine et clopidogrel, après un Infarctus Du Myocarde (IDM) ou une pose d'un stent hors contexte d'IDM.
 - En bithérapie par aspirine associé au prasugrel ou au ticagrelor dans les suites d'un syndrome coronarien aigu.
- En prévention primaire, une inhibition plaquettaire au long cours est recommandée par aspirine :
 - En absence de diabète, lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé (risque Cardiovasculaire fatal > 5% calculé selon la table SCORE)
 - En cas de diabète, l'évaluation du risque cardiovasculaire repose entre autre sur l'équation de risque de l'UKPDS.

Traitements anticoagulants

Les indications des traitements anticoagulants relevées ont été définies selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) d'Avril 2014 (20) :

- Prévention des complications thrombo-emboliques cardiopathies emboligènes :

- Troubles du rythme auriculaire (fibrillations auriculaires, flutter, tachycardie atriale)
- Prothèses valvulaires (Uniquement pour les anti-vitamines K)
- Prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde
- Traitement et prévention des récurrences des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire
- Prévention des événements thrombo-emboliques veineux après une intervention chirurgicale programmée pour mise en place d'une prothèse totale de hanche ou de genou (Uniquement pour les nouveaux anticoagulants oraux (NACO))

Question 2 : Le traitement ne présente-t-il pas de contre-indication ?

C'est-à-dire existe-t-il des comorbidités, interactions médicamenteuses ou une altération de la fonction rénale contre-indiquant la prescription du traitement ? La fonction rénale était évaluée par la clairance MDRD de la créatinine. Les contre-indications ainsi que les interactions médicamenteuses étaient recherchées à l'aide de la base de données du médicament THERIAQUE (33) au cours de la consultation. En cas de risque authentifié, la balance bénéfice – risque est-elle favorable ?

Question 3 : La posologie est-elle optimale ?

Les références utilisées sont les mêmes que pour l'indication.

Question 4 : La galénique est-elle adaptée ?

Dans les cas où les comprimés étaient écrasés ou les gélules ouvertes, il a été vérifié que cela était possible selon le document publié par l'OMÉDIT (34).

Utilisation de la grille :

Les réponses à ces 4 questions se font par OUI ou NON. A l'issue de ces 4 questions, le prescripteur choisi ou non de poursuivre le traitement :

- Si la réponse aux 4 questions est OUI, le traitement peut être poursuivi
- Si au moins l'une des réponses est NON, le prescripteur doit se poser la question de la poursuite du traitement.

En plus des éléments de la grille de révision d'ordonnance de la HAS, nous avons relevé les motifs évoqués par les médecins généralistes pour poursuivre des traitements n'ayant plus d'indication et/ou une contre-indication et/ou une posologie non optimale et/ou une galénique non adaptée.

Le critère de jugement principal de l'étude était le nombre de médicaments de prévention cardiovasculaire arrêtés ou diminués au cours de ces consultations à l'aide de la grille de la HAS.

Les critères de jugements secondaires étaient :

- Les réponses aux 4 questions de la grille de la HAS (Cf. Ci-dessus)
- Le motif de poursuite de traitement n'ayant plus d'indication et/ou une contre-indication et/ou une posologie non optimale et/ou une galénique non adaptée
- Les arrêts de traitement par classe thérapeutique

c Aspects réglementaires

Le recueil de données a été anonymisé aussi bien en ce qui concerne le résident (Attribution d'un numéro d'anonymat) que le médecin prescripteur (Nom du médecin non relevé). Le médecin coordonnateur n'était pas prescripteur.

La personne de confiance de chaque résident a reçu une lettre d'information et a signé un consentement écrit nous autorisant à assister à la consultation (Annexe 6). Nous n'intervenons pas au cours des consultations.

Les médecins généralistes donnaient un accord oral concernant notre présence à leurs consultations.

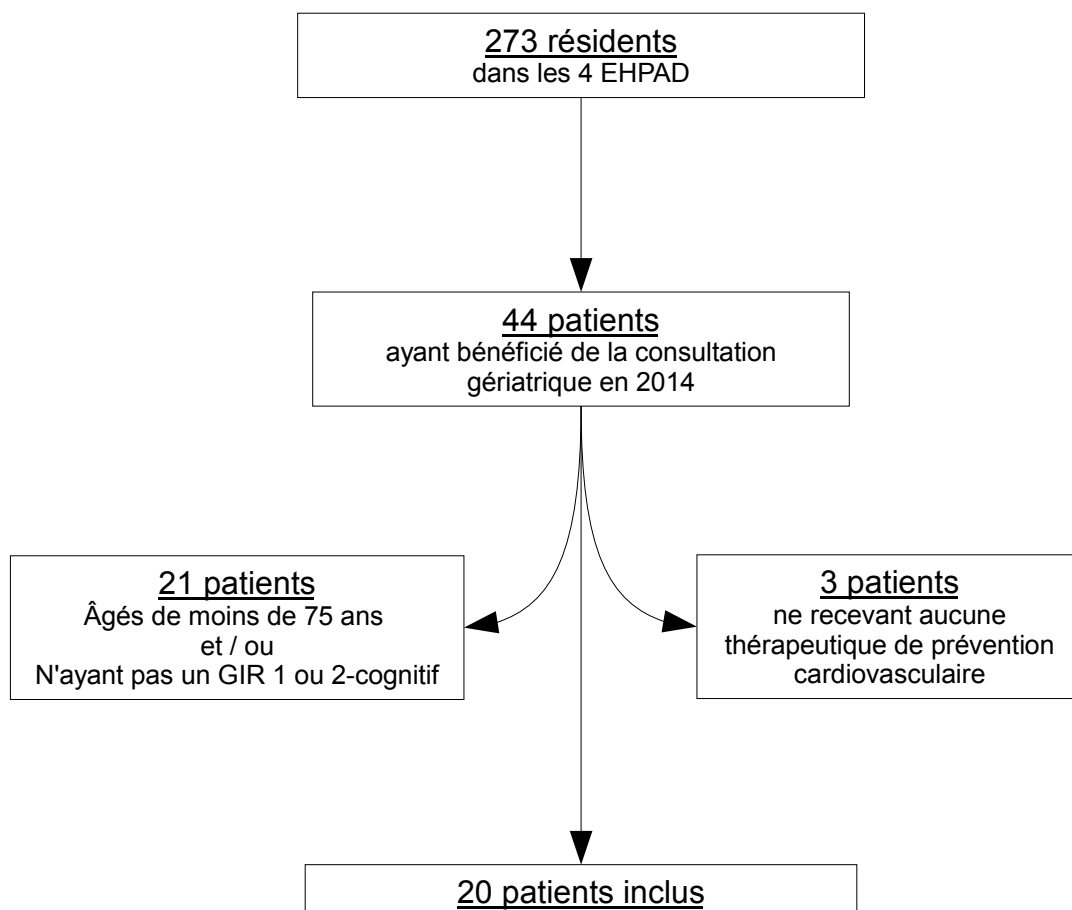
Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné le 10 Avril 2014 notre projet enregistré sous le numéro N° 2014-42. Il a jugé qu'il n'y avait « pas d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude » a donné un avis favorable.

2 Résultats

a Caractéristiques de la population

Entre Janvier et Décembre 2014, sur les 273 résidents des 4 EHPAD, 44 patients ont été vu en consultation de réévaluation gériatrique (16 %), répartis entre les EHPAD de Thorigné et Vibraye et entre trois médecins généralistes différents.

Parmi ces 44 consultations, 20 patients ont été inclus dans notre étude, nous permettant d'analyser 45 lignes de prescriptions de prévention cardiovasculaire.



Les 20 consultations de révision d'ordonnance étudiées étaient réparties entre les trois médecins généralistes selon la figure 6.

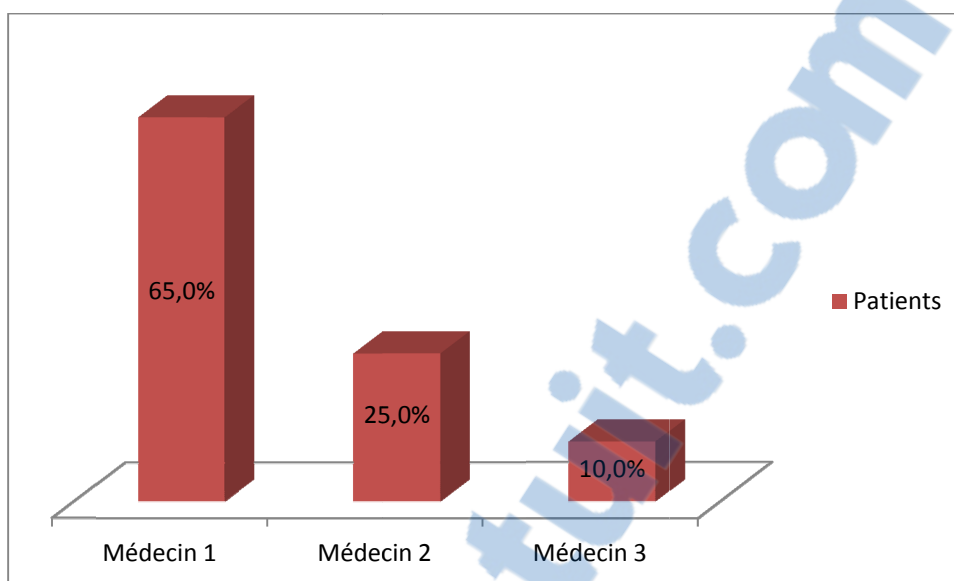


Figure 6 : Répartition des médecins traitants pour les 20 consultations étudiées

L'âge moyen des résidents était de 91,0 ans ($\sigma = \pm 6,1$). Les femmes représentaient 80 % de la population. 65,0% des patients inclus étaient GIR 1 et 35,0%, GIR 2.

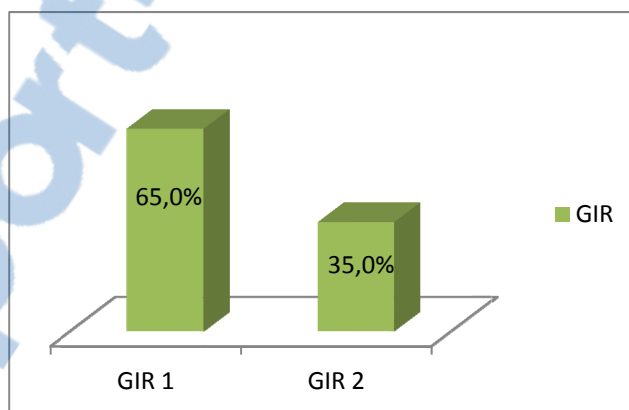


Figure 7 : Répartition GIR 1 / GIR 2

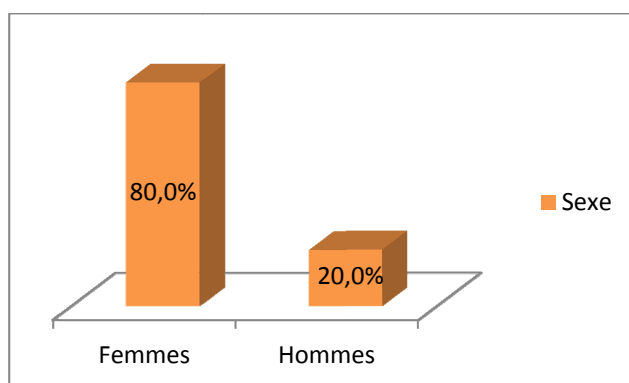


Figure 8 : Répartition hommes / femmes

Les patients inclus recevaient en moyenne 2,25 molécules de prévention cardiovasculaire.

La répartition des 45 molécules étudiées par classe thérapeutique est présentée dans le tableau VII et la figure 9.

Tableau VII : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique

	n (%)
Antihypertenseurs	24 (53,3%)
Anti-diabétiques	1 (2,2%)
Hypolipémifiants	0 (0,0%)
Antiagrégants plaquettaires	8 (17,8%)
Anticoagulants	3 (6,7%)
Autres, dont :	9 (20,0%)
• Amiodarone	2 (4,4%)
• Digoxine	3 (6,7%)
• Trinitrine	2 (4,4%)
• Dipyridamole	2 (4,4%)

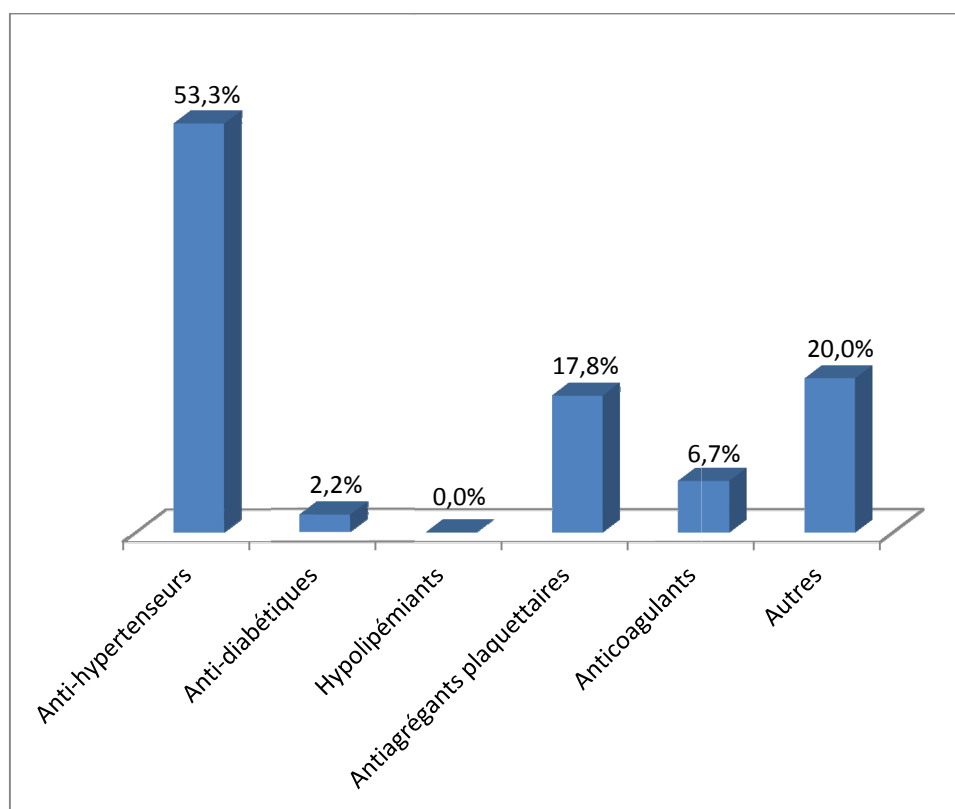


Figure 9 : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique

b Résultats des révisions d'ordonnance par la grille de la HAS

A l'issue des 20 consultations de révision d'ordonnance, sur les 45 molécules de prévention cardiovasculaires, 7 ont été arrêtées à l'aide de la grille de révision, soit 15,6 %.

Résultats des 4 questions posées par la grille de la HAS

Les résultats des réponses aux 4 questions de la grille du PMSA sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau VIII : Réponses aux 4 questions de la grille de révision d'ordonnance de la HAS

	OUI	NON
	n (%)	n (%)
Question 1 : Indication ?	25 (55,6%)	20 (44,4%)
Question 2 : Pas de contre-indication ?	38 (84,4%)	7 (15,6%)
Question 3 : Posologie optimale ?	26 (57,8%)	19 (42,2%)
Question 4 : Galénique adaptée ?	38 (84,4%)	7 (15,6%)

Au total, pour 34 des 45 traitements de prévention cardiovasculaires prescrits soit 75,6 %, la réponse était non à au moins l'une des 4 questions posées et pour 24,4% des traitements, la réponse était « OUI » aux 4 questions.

Décision à l'issue de la grille HAS

A l'issue des 4 questions posées, 24,4 % des traitements paraissaient adaptés (Réponse « OUI » aux 4 questions) et ont donc été poursuivis.

Pour 60 % des traitements, le médecin traitant a pris la décision de les poursuivre alors que la réponse était « NON » à au moins l'une des 4 questions.

Pour 15,6 % des traitements, la réponse était « NON » à au moins l'une des 4 questions et ont été interrompus.

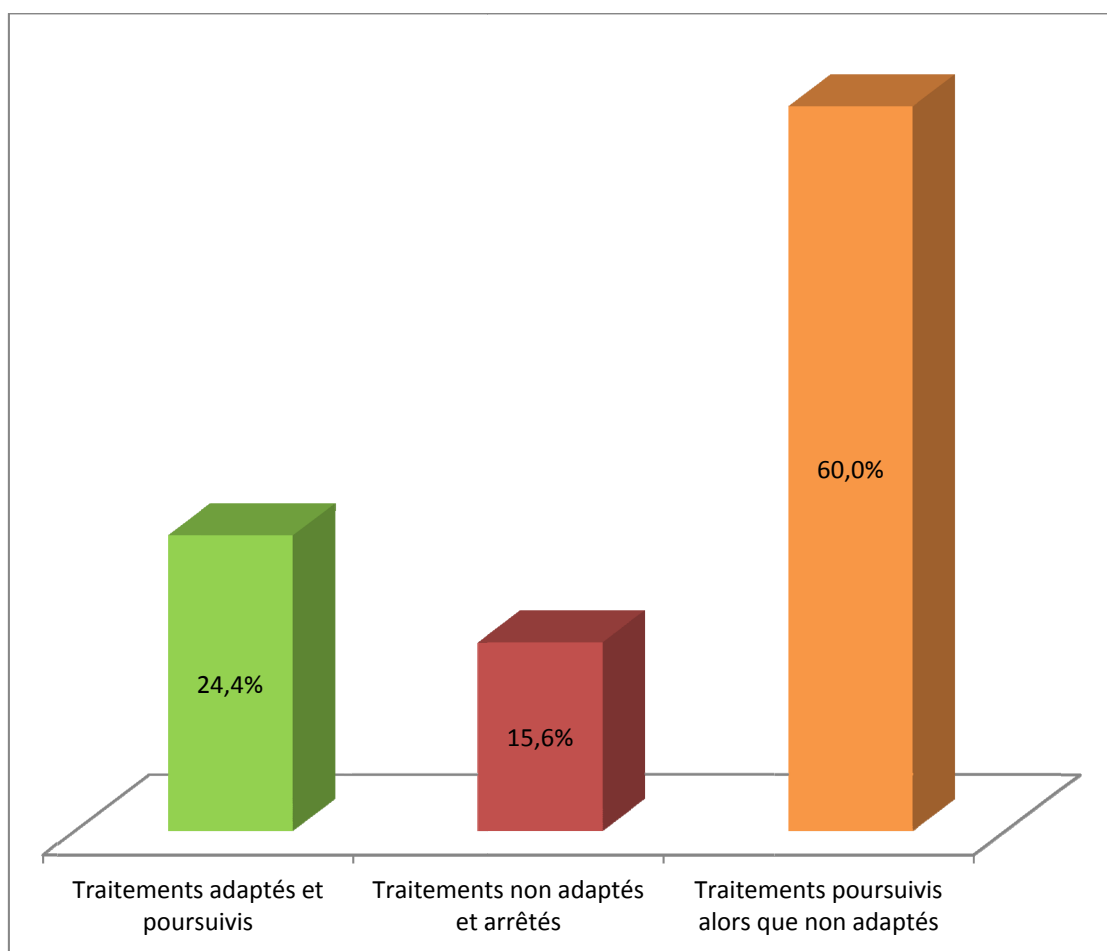


Figure 10 : Répartition de la décision de prescription après utilisation de la grille de la HAS

Les motivations des médecins généralistes à poursuivre des traitements paraissant pourtant inadaptés étaient les suivantes : Balance bénéfice – risque considérée comme favorable, prescription par un spécialiste, conviction personnelle.

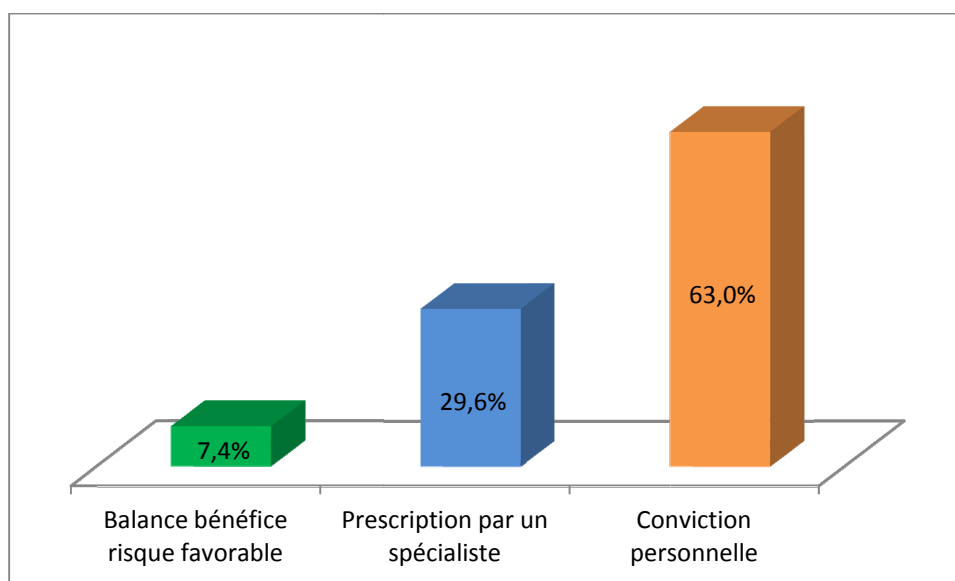


Figure 11 : Motivations de médecins prescripteurs à poursuivre un traitement inadapté

Analyse par classe thérapeutique

Parmi les 7 traitements arrêtés, on dénombrait :

- 4 traitements de l'hypertension artérielle (57%)
- 1 antiagrégant plaquettaire, arrêté pour être remplacé par la posologie inférieure (14,3%)
- 1 patch de trinitrine (14,3%)
- 1 traitement par amiodarone (14,3%)

Pour chaque classe thérapeutique, on peut synthétiser la décision médicale comme suit :

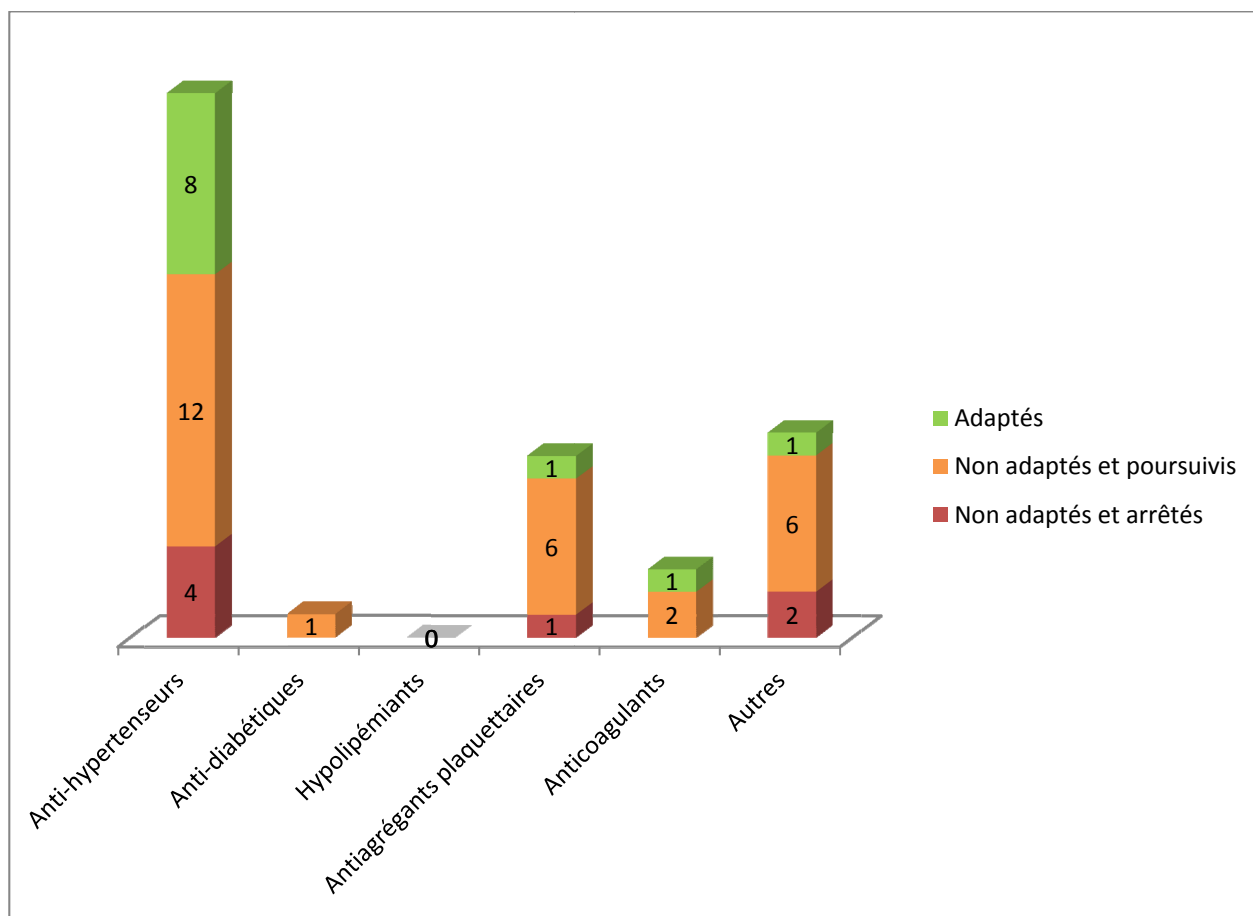


Figure 12 : Décision de prescription par classe thérapeutique après utilisation de la grille de la HAS

3 Discussion

a Evaluation des traitements par l'utilisation de la grille de la HAS

Question 1 : Absence d'indication thérapeutique

Plus de la moitié des traitements à visée cardiovasculaire ont été considérés comme n'ayant pas d'indication ou pas de service médical rendu positif. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce chiffre très élevé, d'une part des éléments liés à la prescription médicale, d'autre part des éléments liés aux critères choisis pour réaliser notre recueil.

La prescription de ces traitements, initialement indiqués, est ancienne, souvent antérieure à l'institutionnalisation. Les traitements ont été poursuivis sans prise en compte de la dégradation de l'autonomie et de l'altération des fonctions cognitives du résident. Par exemple, deux des 20 patients étaient toujours sous trinitrine transdermique, bien qu'étant grabataires ou bien encore, certains traitements antihypertenseurs étaient poursuivis malgré un profil tensionnel bas.

De plus, il y a visiblement une méconnaissance de l'assouplissement des recommandations pour le sujet âgé, notamment en ce qui concerne l'hypertension artérielle et le diabète ; le sujet âgé est donc traité comme les sujets plus jeunes.

La réévaluation de l'indication et du service médical rendu des traitements nécessite du temps. Notre recueil de donnée a eu lieu dans des EHPAD de Sarthe, en zone rurale, sous dotée en terme de médecin généraliste (35). On peut donc se demander si la proportion de traitement non indiqués aurait été inférieure dans des zones non fragiles.

Enfin, le médecin traitant est seul pour décider de l'arrêt de thérapeutiques, ce qui peut constituer un frein supplémentaire. La consultation gériatrique proposée par le médecin coordonnateur peut être une bonne réponse pour rompre l'isolement du médecin généraliste et partager la décision.

Par ailleurs, nos critères pour évaluer l'indication et service médical rendu des traitements ont été définis à partir de recommandations de bonnes pratiques. Concernant l'hypertension artérielle, les recommandations de Janvier 2013 de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), recommandent une PAS inférieure à 150 mmHg (12) pour les sujets de plus de 80 ans. Par contre, il n'y a pas de limite inférieure de PAS communément admise devant conduire à la diminution voire l'arrêt du traitement. Le seul critère est la survenue d'une hypotension orthostatique, qui d'une part n'est pas évaluable dans notre population pour la plupart grabataire et d'autre part, ne correspond plus à l'absence de service médical rendu mais à la survenue d'un effet secondaire. Nous avons donc dû définir une valeur basse de PAS arbitraire pour effectuer notre recueil. Il pourrait être intéressant pour le sujet très âgé de définir les objectifs tensionnels non plus par une seule valeur de PAS à ne pas dépasser mais aussi par une valeur basse qui remplacerait la recherche d'hypotension orthostatique.

Question 2 : Présence de contre-indication

84,4% des traitements prescrits ne présentaient pas de contre-indication.

Cette absence de contre-indications était évaluée de manière objective par des critères validés (Clairance de la créatinine, base de données THERIAQUE). Un seul élément faisait appel au raisonnement du prescripteur : L'évaluation de la balance bénéfice risque, en particulier pour les traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants. Chez les patients présentant un risque de chute et donc un risque hémorragique, la balance bénéfice risque était évaluée par le médecin prescripteur avec l'aide du médecin coordonnateur. La balance bénéfice risque n'étant pas reproductible d'un médecin à l'autre est alors soumise à un biais d'évaluation. Les scores d'évaluation du risque tel que HAS-BLED n'étaient pas utilisés par les prescripteurs en pratique.

Question 3 : Posologie non optimale

L'optimisation de la posologie était évaluée à partir des mêmes références que pour l'évaluation de l'indication des traitements.

Concernant les traitements de l'hypertension artérielle, la même problématique que pour évaluer le service médical rendu du traitement, s'est posée puisqu'il n'existe pas de norme définie pour définir un « sur-traitement ».

La posologie a été considérée comme non optimale pour 40,9% des traitements.

Question 4 : Galénique non adaptée

Pour la plupart des résidents inclus, l'écrasement des comprimés était nécessaire. 15,6% des traitements étaient écrasés alors que l'écrasement n'est pas recommandé voire contre-indiqué.

En effet, la possibilité d'écrasement est rarement évaluée par le médecin, le traitement est prescrit et c'est le personnel soignant qui écrase le traitement avant l'administration.

Pour éviter un écrasement inadapté du traitement, plusieurs pistes d'amélioration sont possibles :

- Identifier les résidents nécessitant un écrasement du traitement et en informer le médecin prescripteur.
- Vérifier la possibilité d'écrasement des traitements ou d'ouverture des gélules au moment de la prescription à l'aide d'une base de données validée comme le livret de l'OMÉDIT (34).
- En cas d'apparition de la nécessité d'écraser les comprimés d'un résident : Vérification par l'infirmière si le traitement est écrasable à l'aide d'une base de données mise à disposition et

information du médecin prescripteur si le traitement n'est pas écrasable

- En cas de traitement non écrasable : Réévaluer la nécessité de poursuivre le traitement et si le traitement est nécessaire, le substituer par un traitement écrasable ou par une forme sirop ou suspension buvable.

b Décision médicale à l'issue de l'utilisation de la grille HAS

A l'issue des consultations de révision d'ordonnance, 15,6% des médicaments de prévention cardiovasculaire ont été interrompus chez des patients âgés de plus de 75 ans, GIR 1 ou 2-cognitifs vivant en EHPAD. Pourtant 75,6% des traitements apparaissaient inadaptés.

On voit bien dans ces résultats que le médecin prescripteur reste réticent à dé-prescrire, même si la décision est partagée avec le médecin coordonnateur et aidée par la présence de l'infirmière qui connaît au mieux le résident.

Les arguments invoqués par les médecins généralistes devant un traitement inadapté qu'ils ne souhaitent pas dé-prescrire est très largement dominé par la conviction personnelle (63%). Une balance bénéfice risque considérée comme favorable n'est évoqué que dans 7,4 % des cas, alors que cet argument est le seul qui fait appel à un raisonnement d'« Evidence Based Medecine », prenant en compte les connaissances scientifiques actuelles, l'expérience du médecin et l'état du patient. La prescription initiale par un spécialiste est le 2^e principal frein à arrêter le traitement (29,6%), bien que l'initiation soit ancienne et que le patient ne soit plus suivi par le médecin en question.

Nous avons synthétisé par « Conviction personnelle » les autres motifs évoqués par les médecins prescripteurs. Ces termes regroupent différentes craintes :

- Peur de déséquilibrer un équilibre instable : « Tout va bien comme cela, pourquoi modifier le traitement ? »
- En cas de survenue d'un évènement cardiovasculaire, risque d'établir un lien de causalité avec l'arrêt thérapeutique
- Volonté de traiter le sujet âgé comme n'importe quel autre patient
- Persistance de croyance en des traitements qui ne sont pourtant plus recommandés (Ex : Dipyridamole).

c Limites de l'étude

Un faible effectif

Notre étude est tout d'abord limitée de par son faible effectif. Seuls 20 patients vus en consultation ont pu être inclus, dans seulement 2 des 4 EHPAD initialement ciblées.

Il existe un biais d'évaluation certain puisque seulement 3 médecins généralistes ont participé à ces consultations et 65% des consultations ont été réalisées par l'un d'entre eux. Le faible nombre de médecins inclus s'explique par leur manque de disponibilité lié à un exercice en zone fragile et par le fait qu'il s'agisse d'un projet récent, débuté fin 2013, mais on peut aussi se demander s'il n'y a pas une crainte de jugement et une volonté de ne pas modifier ses habitudes de travail. Dans la zone géographique concernée par notre travail, les médecins généralistes sont âgés de plus de 55 ans et ont un mode d'exercice isolé. La concertation pluridisciplinaire fait peu partie de ce mode d'exercice et l'on peut présupposer que les médecins ayant participé les premiers à ces consultations de réévaluation sont les plus susceptibles de remettre en cause leurs pratiques et leurs prescriptions.

Une étude descriptive

Notre étude, purement descriptive, permet de présenter d'une part, les consultations de réévaluation gériatrique et d'autre part, une mise en application novatrice de la grille HAS pour améliorer les prescriptions chez le sujet âgé en EHPAD. Mais nous ne pouvons pas conclure de l'efficacité et de l'efficience ni des consultations de réévaluation gériatrique ni de la grille de la HAS. Ce travail permet seulement de questionner ces pratiques.

Les consultations de réévaluation gériatrique ont été mises place en même temps que notre projet de thèse, il était donc impossible de prévoir dans quelle mesure les médecins traitants y participeraient, d'autant plus que ces derniers sont débordés, les EHPAD étant situées en zone sous dotées. Le faible nombre de consultations effectuées au cours de l'année 2014 ne nous aurait pas permis de constituer 2 groupes à comparer. Si ces consultations de révision d'ordonnance se développent, il faudrait en évaluer l'impact ou les répercussions par une comparaison de 2 groupes de patients, l'un vu en consultation de réévaluation gériatrique et l'autre groupe vu en consultation par le médecin généraliste seul. Cette étude permettrait d'appréhender une éventuelle différence en termes de déprescription entre les 2 types de consultations. Cependant, serait-il possible de conclure en raison des nombreux biais (Sélection, évaluation, confusion) que ce

protocole impliquerait ?

De même, notre étude n'aborde pas l'efficacité de ces consultations. Il s'agit de consultations cotées en tant que « visite longue » (VL) correspondant à 2 C c'est-à-dire 46€. De plus, elles nécessitent la présence de 2 médecins, le médecin traitant et le médecin coordonnateur, ainsi que celle d'une infirmière. Il serait intéressant d'évaluer le coût total d'une telle consultation, qu'il faudrait comparer à l'économie réalisée par la réduction des ordonnances, des bilans biologiques de surveillance et des conséquences iatrogènes.

d Une réévaluation globale de la situation gérontologique

Cette réévaluation de l'ordonnance n'est bien sûr qu'un aspect d'une réévaluation gérontologique qui se veut plus globale. Ces consultations devraient être le moment privilégié d'une nouvelle définition du projet de soin du patient, des objectifs à donner aux soignants de l'EHPAD et des priorisations à établir. La question de la déprescription ne peut s'intégrer que dans une réflexion plus globale sur le sens de ces traitements en fin de vie, la priorité à donner à la qualité de vie, au confort et à la limitation de thérapeutiques devenues inadaptées pas seulement au vu des recommandations mais aussi au vu des conditions d'administration que l'on sait compliquées dans cette population. Enfin, valoriser l'abord humain plus que médicamenteux dans ces situations de grande dépendance permet peut être d'aider les soignants à prendre soin plutôt que de soigner. Ces consultations sont aussi une opportunité pour aborder avec l'entourage et la personne de confiance les limites thérapeutiques, les objectifs nouveaux permettant de préparer le temps de l'accompagnement de fin de vie puis du décès à venir.

VII Conclusion

L'analyse des prescriptions en vigueur au 31 décembre 2013 chez 98 patients âgés de plus de 75 ans, vivants dans 4 EHPAD de Sarthe, GIR 1 ou GIR 2-cognitifs, a permis de relever en moyenne 2,2 molécules de prévention cardiovasculaire par patient ($\sigma = \pm 1,6$). La prévention cardiovasculaire représentait 30,7% des lignes de prescription. La surveillance des traitements n'était pas systématiquement réalisée lors des renouvellements, notamment en ce qui concerne la pression artérielle et l'hémoglobine glyquée. L'hypertension artérielle était traitée chez 67,3% des patients, possiblement en excès, puisque la PAS moyenne était de 126 mmHg ($\sigma = \pm 16$ mmHg)

pour une PAS inférieure à 150 mmHg recommandée. Les antiagrégants plaquettaires représentaient la 2^e classe la plus prescrite, en tant que prévention primaire dans la moitié des cas, indication qui paraît discutable dans la population étudiée. Le diabète était traité dans notre population par une insuline lente seule dans la moitié des cas, alors que ce type de traitement est anecdotique dans la population générale. 18,4% des patients recevaient un traitement anticoagulant, très largement dominé par les anti-vitamines K (85,7%) majoritairement pour une fibrillation auriculaire (61,9 %). Les hypolipémiants étaient très peu prescrits (8,2% des patients traités).

L'analyse des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire chez 20 patients vivant en EHPAD, âgés de plus de 75 ans, GIR 1 ou GIR 2-cognitifs à l'aide de la grille de révision d'ordonnance de la HAS, au cours de consultations de réévaluation gériatrique organisées par le médecin coordonnateur avec le médecin traitant, permettait d'arrêter 15,6% de ces traitements. Pourtant cette analyse révèle que 75,6% des traitements étaient inadaptés. Les médecins généralistes semblaient réticents à déprescrire ; 60% des traitements inadaptés étaient poursuivis par conviction du médecin prescripteur.

Les consultations d'évaluation gériatrique semblent pouvoir constituer une piste d'amélioration de la prescription chez le sujet âgé. En effet, la polymédication est fréquente (78,6 % des patients inclus dans la première partie étaient polymédiqués), coûteuse et pourvoyeuse de iatrogénie. Ces consultations permettent une réflexion pluridisciplinaire ainsi qu'une décision partagée, pour permettre au médecin généraliste de prendre des décisions d'arrêt thérapeutique. Si ces consultations se développent, il faudrait en évaluer l'efficacité par une étude de plus grande ampleur.

VIII Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. 2011 [cité 28 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa
2. Haute Autorité de Santé - Programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques [Internet]. 2012 [cité 28 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1250616/programmes-d-evaluation-et-d-amelioration-des-pratiques
3. Haute Autorité de Santé - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. 2005 [cité 8 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
4. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *The Lancet*. juill 2007;370(9582):173-84.
5. Spinewine A. The challenge of safer prescribing. *BMJ*. 26 avr 2008;336(7650):956-7.
6. Legrain S, others. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Consomm Prescr Iatrogénie Obs HAS* [Internet]. 2005 [cité 15 déc 2014]; Disponible sur: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51__580.pdf
7. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):13.
8. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31.
9. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Adverse Drug Events in Older Adults. *Ann Intern Med*. 4 déc 2007;147(11):755-65.
10. Haute Autorité de Santé - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. 2013 [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-contrôle-glycemique-du-diabete-de-type-2

11. Members AF, Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 13 juin 2013;eht151.
12. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. *Sang Thromb Vaiss*. 1 sept 2013;25(5):297-305.
13. Members AF, Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J*. 1 juill 2012;33(13):1635-701.
14. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 23 nov 2002;360(9346):1623-30.
15. Moser M, Gencer B, Rodondi N. Prise en charge des dyslipidémies en 2014. *Rev Médicale Suisse*. 5 mars 2014;420(9):518-24.
16. Doser Joz-Roland N, Büla C, Rodondi. Faut-il traiter les dyslipidémies chez les personnes âgées et très âgées? *Rev Médicale Suisse*. 4 nov 2009;224(40):2211-8.
17. Camm AJ, Lip GYH, Caterina RD, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 1 nov 2012;33(21):2719-47.
18. Robert-Ebadi H, Le Gal G, Righini M. Use of anticoagulants in elderly patients: practical recommendations. *Clin Interv Aging*. 2009;4:165-77.
19. Haute Autorité de Santé - Fibrillation auriculaire non valvulaire - Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K: apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®) - Fiche BUM [Internet]. 2013 [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1626282/fr/fibrillation-auriculaire-non-valvulaire-quelle-place-pour-les-anticoagulants-oraux-non-antivitamine-k-apixaban-eliquis-dabigatran-pradaxa-et-rivaroxaban-xarelto-fiche-bum
20. ANSM - Actualisation du rapport sur les anticoagulants en France: Etat des lieux en 2014 et recommandations de surveillance [Internet]. 2014 [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France-Etudes-et-surveillance/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France-Etudes-et-surveillance/(offset)/0)
21. Haute Autorité de Santé - Bon usage des agents antiplaquettaires [Internet]. 2012 [cité 19 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1264095/fr/bon-usage-des-agents-antiplaquettaires
22. Gonthier R, Blanc P, Stierlam F. Faut-il traiter toutes les maladies de la personne âgée? *Thérapie*. avr 2004;59(2):227-32.

23. Doucet J, Capet C, Jégo A, Trivalle C, Noël D, Chassagne P, et al. Médicaments et sujets âgés. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 23 oct 1999;28(32):1789-93.
24. Ricci P, Blotière P-O, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;42(43):425-31.
25. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Merz CNB, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 12 nov 2013;01.cir.0000437738.63853.7a.
26. Patient hypercholestérolémique: abandonner les cibles de LDL et traiter par statine selon le risque cardiovasculaire. Le CNGE demande une mise à jour des recommandations françaises qui ne sont plus adaptées aux données de la science - Avril 2014 [Internet]. [cité 24 déc 2014]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/patient_hypercholesterolemique_abandonner_les_cibl/
27. ANSM - Les anticoagulants en France en 2012 - Etat des lieux et surveillance [Internet]. 2012 [cité 5 janv 2015]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Etudes-et-enquetes-sur-les-AVK/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Etudes-et-enquetes-sur-les-AVK/(offset)/4)
28. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2011 [cité 5 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-description-des-resultats-2009,9499.html>
29. EMIR: Effets indésirables des Médicaments: Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. Coordination CRPV de Bordeaux. Décembre 2007. (non publiée). 2007 [cité 5 janv 2015]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00735031/>
30. Haute Autorité de Santé - DIGOXINE - HEMIGOXINE - COMMISSION DE LA TRANSPARENCE [Internet]. 2005 [cité 8 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_400715/fr/hemigoxine-nativelle-0-125-mg-comprime-boite-de-30-cip-334-890-4
31. AFFSAPS - Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. 2005 [cité 8 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
32. Haute Autorité de Santé - ALD n° 5 - Actes et prestations sur la fibrillation auriculaire [Internet]. 2014 [cité 11 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013

sante.fr/portail/jcms/c_565292/fr/l-ensemble-des-actes-et-prestations-pour-les-ald-apald-hors-maladies-rares

33. Thériaque [Internet]. [cité 8 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
34. OMéDIT Centre - Prescription médicamenteuse chez la personne âgée [Internet]. 2014 [cité 7 janv 2015]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique_OMeDIT-Centre.pdf
35. ARS - Répartition géographique des professionnels de santé en Pays de la Loire [Internet]. [cité 8 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Repartition-geographique-profe.151223.0.html>

IX Liste des figures et tableaux

1 Liste des figures

Figure 1 : Répartition GIR 1 / GIR 2	23
Figure 2 : Répartition hommes / femmes.....	23
Figure 3 : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique...	24
Figure 4 : Indications des traitements antiagrégants plaquettaires	27
Figure 5 : Indications des traitements anticoagulants	29
Figure 6 : Répartition des médecins traitants pour les 20 consultations étudiées.....	43
Figure 7 : Répartition GIR 1 / GIR 2	43
Figure 8 : Répartition hommes / femmes.....	44
Figure 9 : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique...	45
Figure 10 : Répartition de la décision de prescription après utilisation de la grille de la HAS	47
Figure 11 : Motivations de médecins prescripteurs à poursuivre un traitement inadapté.....	48
Figure 12 : Décision de prescription par classe thérapeutique après utilisation de la grille de la HAS	49

2 Liste des tableaux

Tableau I : Prescription de traitements antihypertenseurs	25
Tableau II : Prescription de traitements anti-diabétiques.....	26
Tableau III : Prescription de traitements hypolipémifiants	26
Tableau IV : Prescription de traitements antiagrégants plaquettaires	27
Tableau V : Prescription de traitements anticoagulants	28
Tableau VI : Prescription des autres thérapeutiques à visée cardiovasculaires	29
Tableau VII : Répartition de la prescription de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique	44
Tableau VIII : Réponses aux 4 questions de la grille de révision d'ordonnance de la HAS	46

X Table des matières

I	Liste des abréviations.....	7
II	Résumé.....	8
III	Plan	10
IV	Introduction.....	11
1	Etat des connaissances	11
a	La polymédication du sujet âgé.....	11
	En France	11
	A l'étranger	11
b	La prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé	11
c	La limitation des thérapeutiques chez le sujet âgé	13
2	Données manquantes.....	14
3	Problématiques.....	15
V	Partie 1 : Etat des lieux des prescriptions de prévention cardiovasculaire	16
1	Matériel et Méthode	16
a	Patients	16
b	Méthode.....	16
	Prescription globale de prévention cardiovasculaire	17
	Traitements de l'hypertension artérielle	17
	Traitements du diabète	18
	Traitements de la dyslipidémie	18
	Traitements antiagrégants plaquettaires.....	19
	Traitements anticoagulants oraux	20
	Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire.....	21
c	Aspects réglementaires.....	21
2	Résultats	22
a	Caractéristiques de la population	22
b	Prescription globale de molécules de prévention cardiovasculaire.....	23
c	Prescription de molécules de prévention cardiovasculaire par classe thérapeutique	24

Traitements antihypertenseurs	24
Traitements antidiabétiques	25
Traitements hypolipémiants	26
Traitements antiagrégants plaquettaires	27
Traitements anticoagulants.....	28
Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire.....	29
3 Discussion	30
a Prescription globale de prévention cardiovasculaire.....	30
b Traitements de l'hypertension artérielle.....	30
c Traitements du diabète	31
d Traitements de la dyslipidémie.....	32
e Traitements antiagrégants plaquettaires	33
f Traitements anticoagulants oraux.....	34
g Autres thérapeutiques de prévention cardiovasculaire.....	35
VI Partie 2 : Limitation et arrêt des thérapeutiques de prévention cardiovasculaire	37
1 Matériel et méthode	37
a Patients	37
b Méthode.....	38
Question 1 : Le traitement a-t-il une indication ?	38
Question 2 : Le traitement ne présente-t-il pas de contre-indication ?	40
Question 3 : La posologie est-elle optimale ?	40
Question 4 : La galénique est-elle adaptée ?.....	40
Utilisation de la grille :	40
c Aspects réglementaires.....	41
2 Résultats	41
a Caractéristiques de la population	41
b Résultats des révisions d'ordonnance par la grille de la HAS	45
Résultats des 4 questions posées par la grille de la HAS.....	45
Décision à l'issue de la grille HAS	46

Analyse par classe thérapeutique	48
3 Discussion	49
a Evaluation des traitements par l'utilisation de la grille de la HAS	49
Question 1 : Absence d'indication thérapeutique	49
Question 2 : Présence de contre-indication	51
Question 3 : Posologie non optimale	51
Question 4 : Galénique non adaptée	51
b Décision médicale à l'issue de l'utilisation de la grille HAS	52
c Limites de l'étude	53
Un faible effectif	53
Une étude descriptive	53
d Une réévaluation globale de la situation gériatrique	54
VII Conclusion	54
VIII Bibliographie	56
IX Liste des figures et tableaux	60
1 Liste des figures	60
2 Liste des tableaux	60
X Table des matières	61
XI Annexes	64

XI Annexes

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : Prénom :

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse :

Code Postal :

--	--	--	--	--

 Commune :

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...	
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention
du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie
à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES

.....
.....
.....
.....

Limitation et arrêt des traitements de prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé et dépendant en EHPAD

Dr

.....
.....

Le Mans, le 6 Mars 2014

Objet : Thèse de médecine générale – Information des médecins prescripteurs

Monsieur,

Internes en 8^e année de médecine générale, nous réalisons notre thèse permettant d'achever nos études et de commencer notre exercice en tant que médecins généralistes en Sarthe.

Nous effectuons notre travail de thèse sur la prescription des médicaments de prévention cardiovasculaire chez la personne âgée de plus de 80 ans en maison de retraite, GIR 1 ou 2.

Pour ce faire, nous faisons un état des lieux des prescriptions chez cette population cible au 31 décembre 2013 en relevant, pour chaque patient, le nombre de médicaments prescrits pour chaque classe médicamenteuse (Anti-hypertenseurs, anti-diabétiques, hypolipémiant, anti-coagulants et anti-aggrégants plaquettaires). Notre étude aura lieu dans quatre EHPAD : Vibraye, Thorigné, Nogent le Bernard et Tuffé.

Notre relevé sera fait de manière anonyme, aussi bien en ce qui concerne l'identité du patient que de l'identité du médecin prescripteur.

Notre travail est encadré par la faculté de médecine d'Angers ainsi que par le Dr Landais, médecin coordinateur de l'EHPAD, avec l'accord du Directeur de l'établissement.

Nous accéderons au dossier médical du patient par l'intermédiaire du Dr Landais qui prend en charge leur anonymisation.

Si vous souhaitez de plus amples informations, vous pouvez nous joindre par mail ou téléphone.

Bien confraternellement,

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES
Internes en médecine générale



Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Limitation et arrêt des traitements de prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé et dépendant en EHPAD

.....
EHPAD
.....
.....

Le Mans, le 10 Janvier 2014

Objet : Demande d'autorisation d'accès aux dossiers médicaux pour travail de thèse de médecine générale

Madame,

Internes en 8e année de médecine générale, nous réalisons notre thèse permettant d'achever nos études et de commencer notre exercice en tant que médecins généralistes en Sarthe.

Encadrés par la faculté de médecine d'Angers, nous effectuons notre travail de thèse sur la prescription des médicaments de prévention cardiovasculaire chez la personne âgée de plus de 80 ans en maison de retraite, GIR 1 ou 2.

Pour ce faire, nous avons besoin de faire un état des lieux des prescriptions chez cette population cible au 31 décembre 2013 en relevant, pour chaque patient, le nombre de médicaments prescrits pour chaque classe médicamenteuse.

Le Dr Landais, médecin coordinateur de votre EHPAD, intéressé par ce travail, nous encadre et nous donne accès aux dossiers médicaux par son intermédiaire. Notre relevé sera fait de manière anonyme, aussi bien en ce qui concerne l'identité du patient que de l'identité du médecin prescripteur.

Nous informerons par courrier les différents médecins prescripteurs intervenant dans votre établissement et nous ferons remplir une feuille de consentement par la personne de confiance des résidents nous donnant l'autorisation d'accéder au dossier médical.

Dans l'attente de votre autorisation pour débiter notre travail, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES
Internes en médecine générale



EHPAD la petite bruyère 53, rue Xavier Boutet 72 320 VIBRAYE	Visite d'évaluation gériatrique		Nomenclature : VL
Médecin Traitant Dr:	Médecin Coordonnateur Dr: Philippe LANDAIS	Infirmière présente : Mme :	Date :
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Annexe 4 : Visite d'évaluation gériatrique</div>			

Mné(e) le :

Antécédents médicaux et chirurgicaux:

Pathologies actives :

Autonomie : GIR:

Nutrition : Poids :

IMC :

Courbe de poids :

Bilan Bucco-dentaire :

Risque de chutes :

Trouble cognitif :

Troubles sensoriels :

Vaccinations : Rappel VAT :

Pneumo 23 :

Antigrippal :

Traitements (révision de l'ordonnance):

Bilan biologique : Date :

Fonction rénale :

Albumine :

CRP :

Lettre d'information

destinée à la personne de confiance

Madame, Monsieur,

Internes en médecine générale, nous réalisons une thèse permettant d'achever nos études et de commencer notre exercice en tant que médecins en Sarthe.

Nous effectuons notre travail de thèse sur la prescription des médicaments de prévention cardiovasculaire (Traitement de l'hypertension artérielle, du cholestérol, du diabète, anticoagulants et anti-aggrégants plaquettaires) chez la personne âgée en maison de retraite.

Pour cela, nous souhaitons pouvoir assister à la consultation de révision d'ordonnance réalisée par le médecin traitant, le Dr et par le médecin coordinateur de l'EHPAD, Dr LANDAIS.

!/ IMPORTANT :

- ^ Il ne s'agit en aucun cas d'intervenir au cours de cette consultation mais d'en faire seulement un compte rendu
- ^ Ce compte-rendu sera fait de manière anonyme
- ^ Nous serons les seules personnes à assister à ces consultations
- ^ Nous effectuons ce travail encadré par la faculté de médecine d'Angers et avec l'accord du Dr LANDAIS, médecin coordinateur de la maison de retraite et du Dr, médecin traitant du résident

Pour effectuer ce travail, nous avons besoin de l'accord de la personne de confiance du résident. **Il vous suffit de remplir l'encadré ci dessous.**

En vous remerciant par avance de l'aide que vous apporterez à notre travail.

Dr Philippe LANDAIS

Stéphanie LESUR et Nicolas BOURGES

Dr



Je soussigné
 personne de confiance de
 autorise Madame Stéphanie LESUR et Monsieur Nicolas BOURGES, internes en médecine, à assister à la consultation de révision d'ordonnance pour effectuer leur travail de thèse.

Le à Signature :

PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Monsieur BOURGES Nicolas
et DE Madame LESUR Stéphanie**

Vu, le Directeur de thèse

Docteur L. TREMBLAY-NGUYEN

Praticien Hospitalier
RPPS : 10004083076
Département de Soins de Suite
Et de Soins de Longue Durée
CHU-ANGERS



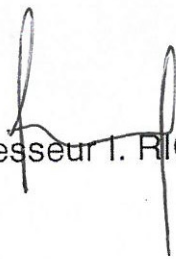
Vu, le Président du jury de thèse



2f HVE 2

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**

Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer



