Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 20 janvier 2022, à Poitiers
par Monsieur Arnaud VAN DEN BROECK

Prévalence des réévaluations d'ordonnance au cours d'un séjour hospitalier en Gériatrie : étude en unités de court séjour et de Soins de suite et réadaptation.

Composition du Jury

Président : Madame le Professeur Marie Christine PERAULT-POCHAT

Membres :

- Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
- Madame le Docteur Isabelle GABORIAU
- Madame le Docteur Evelyne LIUU

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

SOMMAIRE

Sommaire……..……..…..2
Abréviations……..…….5
Liste des enseignants de médecine……...……..……6
Remerciements……...……8

INTRODUCTION……...……..….9
Partie 1 : La personne âgée ……..11
a. Définitions ……..……..……11
b. Démographie……11
c. Physiologie du vieillissement……...…13
i. Le système nerveux central ……..…14
ii. Le système cardiovasculaire ……..……..14
d. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge……..…..……15
e. La plurimorbidité……..15
f. La polypharmacologie……..……16

Partie 2: Analyse des modifications des prescriptions selon les hospitalisations en court séjour gériatrique et en SSR ……..……17
a. Objectif principal…….……17
b. Objectif secondaire……...…..……..17

METHODE…….……18
Population……18
Variables recueillies…….……19

RESULTATS…….……..20
Description de la population en fonction des indicateurs gériatriques…….……20

OBJECTIF PRINCIPAL ……..……22

Analyse du nombre total de molécules prescrites à l'entrée en court séjour *versus* SRR ….. 22

Analyse du nombre total de molécules prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SRR …..……22

Analyse du nombre d'arrêt de molécules thérapeutiques, toutes classes confondues, en fonction du lieu de séjour ……..…….23

Analyse du nombre d'instauration de molécules thérapeutiques, toutes classes confondues, en fonction du lieu de séjour ……24

OBJECTIF SECONDAIRE… …….25

Médicaments de la sphère cardiovasculaire ……25

Analyse du nombre total de molécules du système cardiovasculaire prescrites à l'entrée en court séjour *versus* SSR ……..……..25

Analyse du nombre total de molécules du système cardiovasculaire prescrites à la sortie d'une hosputalisation en court séjour *versus* SSR ……...25

Analyse du nombre total de modifications (oui/non) de molécules du système cardiovasculaire prescrites à la sortie d'une hsopitalisation en court séjour *versus* SSR …….……25

Les diurétiques de l'anse ……27

Les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine (IEC) ……27

Les Antagonistes des-Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA II) ……27

Les béta-bloquants ……..28

Les antiagrégants plaquettaires ……28

Les anticoagulants oraux directs ……28

Les anti-vitamine K ……29

Médicaments de la sphère neuropsychologique ……..29

A l'entrée en court séjour versus SSR…….29

En sortie d'hospitalisation court Séjour Versus SSR…….……..30

Analyse du nombre total de modifications (oui/non) de molécules du système neuropsychologique prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR..30

Les benzodiazépines …….……..31

Les anti-dépresseurs …….……..31

Les anti-épileptiques ……..……32

Médicaments de la classe des antalgiques ……...…32

A l'entrée en court séjour *versus* SSR ……..…32

A la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR …….…….32

Antalgiques de Palier I ……33
Antalgiques de Palier II et III ……..34

DISCUSSION……..35
- Les molécules appartenant à la sphère cardio-vasculaire ……..…..…36
- Les molécules appartenant à la sphère neuropsychologique ……..……37
- Les molécules appartenant à la sphère des antalgiques ……..……37

Forces du travail ……..……39
Population étudiée ……..…….39
Limites du travail ……40
Biais ……..40
- Biais d'information ……40
- Biais de sélection ……40

Durée du recueil ……40
Période du recueil ……..40
Informations recueillies ……40
Nombre de patients …….……..41

CONCLUSION/PERSPECTIVES …….……..…42

BIBLIOGRAPHIE …….…….…….43

RESUME …….……45
Mots clés …….……..…45

SERMENT …….……...…46

ABREVIATIONS

ADL: Activities of Daily Living

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

ARA II : Antagonistes des-Récepteurs de l'Angiotensine II

AVK : Anti-Vitamine K

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CRP : Protéine C Réactive

DCI : Dénomination Commune Internationale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR: Groupe Iso-Ressource

Hb : Hémoglobine

HbA1c : Hémoglobine glycquée

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IC : Intervalle de Confiance

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile **(retraite au 01/11/2021)**
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation **(retraite au 01/12/2021)**
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur et Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Poitiers, Marc PACCALIN, d'avoir accepté de diriger ma thèse, ainsi que pour son aide et ses conseils.

A Madame le Professeur Marie Christine PERAULT-POCHAT, d'avoir accepté de présider ce jury.

Aux autres membres du jury, le Docteur Isabelle GABORIAU et le Docteur Evelyne LIUU qui m'ont fait l'immense honneur de juger et de critiquer ce travail.

A mes parents sans qui cette thèse n'aurait pas pu aboutir, et plus largement pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études.

A ma petite sœur le Docteur Audrey VAN DEN BROECK et son mari le Docteur Anthony JONCOURT ainsi qu'à mon petit frère Mathieu et sa femme Vanessa. Mille merci pour votre soutien. Je vous aime tant. Merci également à ma grand-mère pour tout ce qu'elle a fait pour moi depuis tout petit. Sans eux, je n'en serais pas là aujourd'hui.

Merci à ma belle-famille et notamment mes beaux-parents Joël et Liliane pour leurs encouragements et pour leur gentillesse au quotidien.

Merci à nos enfants, Margaux, Clovis, Océane, et Coline.

Un dernier merci, et non pas des moindres à ma compagne, le Docteur Rachel BINSON, qui a toujours été présente, notamment dans les moments difficiles avec un soutien quotidien indéfectible. Merci de ton enthousiasme contagieux à l'égard de mes travaux comme dans la vie en général.

INTRODUCTION

La baisse de la mortalité au troisième âge et l'accroissement de l'espérance de vie sans incapacité s'expliquent, au moins en partie, par une plus grande médicalisation aux âges avancés. Dans cette médicalisation, les prescriptions de traitements médicamenteux dont les antihypertenseurs, les antiparkinsoniens, les antidépresseurs, mais aussi les antalgiques, sont prévalentes.

La morbidité des personnes âgées au sein de la population mondiale est en augmentation constante. Cet accroissement fait de la polymorbidité la cause principale de polymédication, qui en retour est un facteur de risque de prescriptions inappropriées et de divers effets secondaires. L'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est, par conséquent, un enjeu de santé publique majeur.

En effet, les effets indésirables médicamenteux chez les sujets âgés sont plus fréquents que chez les sujets plus jeunes. Ainsi, 10 à 20 % des admissions au Service des urgences, contre 6,5 % dans la population générale [(1)] sont en tout ou partie liées à un effet indésirable médicamenteux, chez les sujets âgés de 70 ans et plus. Chez les 85 ans et plus, ce taux peut atteindre 25 % des admissions [(2)]. L'incidence des accidents iatrogéniques survenant chez des sujets âgés vivant à domicile est estimée à 5/100 personnes-années [(3)] et celle-ci est encore supérieure en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), estimée entre 1,19 et 7,26/100 résident-mois [(4)]. L'effet indésirable médicamenteux a été défini par l'Organisation mondiale de la santé en 1969 comme « Toute réaction à un médicament néfaste et non recherchée survenant à des doses utilisées chez l'homme, à des fins de prophylaxie, de diagnostic ou de traitement », c'est-à-dire survenant dans des conditions d'utilisation du médicament conformes à la réglementation. En décembre 2010, la Commission européenne a élargi cette définition afin que toute réaction nocive et non voulue suspectée due à un médicament, quel qu'en soit l'usage, soit considérée comme un effet indésirable.

L'âge modifie souvent les objectifs de traitements. Toute prescription médicamenteuse doit donc être précédée d'une évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient concerné. Si un médicament présente un rapport bénéfice/risque défavorable ou une efficacité discutable alors qu'il existe des alternatives thérapeutiques plus sûres, il est défini comme «

potentiellement inapproprié ». Ces médicaments potentiellement inappropriés sont recensés au sein d'une liste établie par Laroche [5], mais, qui a elle seule ne suffit pas à prendre en compte tous les aspects de la prescription gériatrique.

Par conséquent, il est de première importance de savoir prendre le temps de réévaluer, dès que faire se peut, les différentes prescriptions appartenant au traitement de fond de ces patients polypathologiques, et ainsi réduire au maximum le risque d'effet(s) indésirable(s) médicamenteux. Un séjour hospitalier, quel qu'il soit, pour une pathologie aiguë ou chronique, peut être l'occasion d'effectuer une telle révision de l'ordonnance.

C'est dans cette optique que la présente étude a pour objectif d'analyser les modifications des prescriptions de patients gériatriques au cours de leur séjour hospitalier. L'analyse s'est concentrée sur les molécules appartenant aux sphères cardiovasculaire, thymique et de l'antalgie très souvent prises en considération chez le sujet polypathologique.

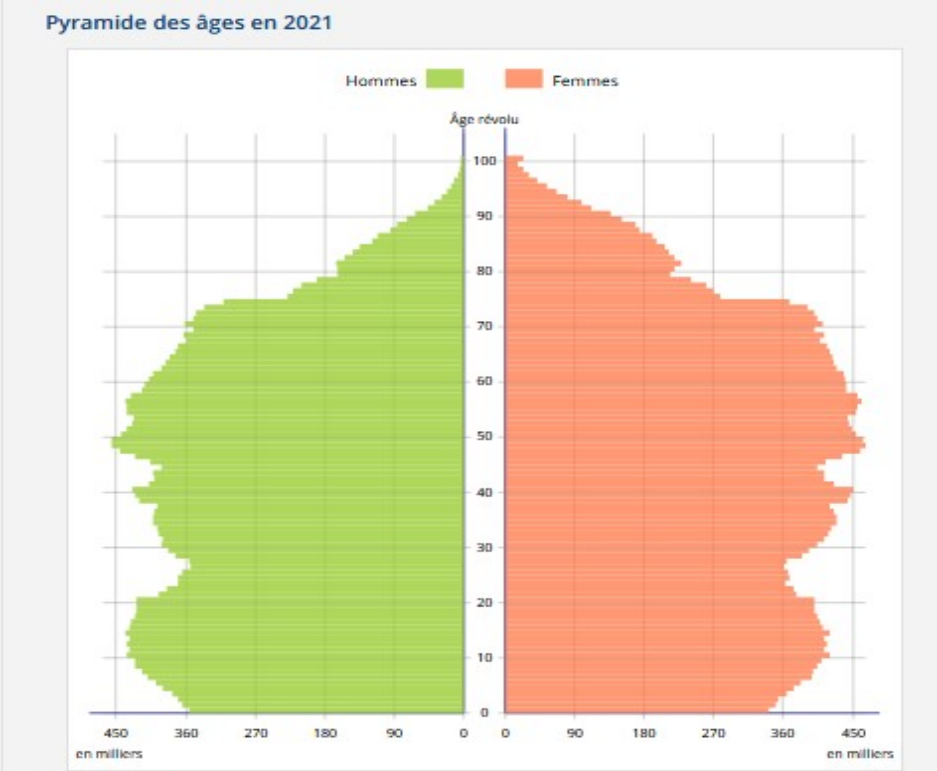
Partie 1 : La personne âgée

a. Définitions

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. L'espérance de vie s'accroît, le niveau de revenu, les comportements de consommation et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de 65 ans initialement utilisé. Dans son rapport « Vivre ensemble plus longtemps », le Centre d'analyse stratégique faisait la distinction entre les « personnes âgées » (ou les « aînés ») désignant les plus de 75 ans, et le « grand âge », désignant les plus de 85 ans.

b. Démographie

Sur le plan démographique, on note un accroissement de la population des personnes âgées de plus de 65 ans. Au 1er janvier 2020, 20,4 % de la population française ont plus de 65 ans dont 9,4 % ont plus de 75 ans, soit 6 358 175 habitants (Insee 2021). Ce chiffre est amené à augmenter dans les prochaines années. Selon l'Insee, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, à l'horizon 2060, le nombre de personnes de 75 ans et plus atteindrait 11,9 millions en 2060, et celui des 85 ans et plus, 5,4 millions (cf. figures ci-dessous).



Note : au 1er janvier.
Lecture : au 1er janvier 2021, la France compte 421 000 femmes de 65 ans et 373 000 hommes de 65 ans.
Champ : France.
Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtées à fin 2020).

Population par groupe d'âges au 1er janvier 2021						
Année	**Total**	**0-19 ans**	**20-59 ans**	**60-64 ans**	**> 65 ans**	**> 75 ans**
2010	62 765 235	15 406 592	33 023 612	3 795 165	10 539 866	5 576 099
2011	63 070 344	15 440 408	32 939 901	4 022 812	10 667 223	5 668 112
2012	63 375 971	15 457 656	32 910 610	4 034 993	10 972 712	5 751 652
2013	63 697 865	15 513 096	32 853 247	4 029 597	11 301 925	5 819 006
2014	64 027 958	15 588 708	32 791 541	3 998 555	11 649 154	5 892 998
2015	64 300 821	15 651 778	32 680 632	3 979 695	11 988 716	5 967 792
2016	64 468 792	15 645 526	32 562 257	3 949 846	12 311 163	5 994 816
2017	64 639 133	15 616 148	32 448 507	3 953 989	12 620 489	6 032 981
2018	64 844 037	15 611 515	32 383 772	3 951 924	12 896 826	6 068 405
2019 (p)	64 988 222	15 562 970	32 293 030	3 966 033	13 166 189	6 148 599
2020 (p)	65 123 843	15 507 149	32 191 279	3 984 629	13 440 786	6 234 316
2021 (p)	65 235 843	15 429 442	32 141 608	4 004 268	13 660 525	6 280 950

Champ : France métropolitaine
(p) provisoire
Source : Estimations de population (résultats provisoires à fin février 2021). Insee, Bilan démographique

c. Physiologie du vieillissement

Le vieillissement est un phénomène physiologique, dont la compréhension est de première importance, et qui est au centre de l'actualité avec l'accroissement de la durée de vie de la population et l'augmentation du coût social des pathologies gériatriques. La notion de vieillissement dit « normal » a été remplacée par celle d'un vieillissement sans incapacités. En effet, même s'il reste aujourd'hui inéluctable, le vieillissement est « modulable ». La recherche médicale actuelle repose sur la compréhension des éléments permettant de vieillir avec un minimum d'incapacités et sur les multiples stratégies permettant d'atténuer les conséquences fonctionnelles du vieillissement. Les théories du vieillissement sont multiples et le mécanisme multifactoriel. À côté des mécanismes intrinsèques du vieillissement (facteurs génétiques, télomérases, stress oxydant, etc.), le rôle des facteurs extrinsèques, en particulier l'hygiène de vie et les facteurs environnementaux apparaissent de plus en plus cruciaux. Tous les systèmes physiologiques vieillissent à un rythme et avec des conséquences variables, et des particularités propres, selon l'organe incriminé. Ce vieillissement physiologique peut être retardé par des mesures hygiéno-diététiques souvent simples mais parfois contraignantes. D'autre part, la prise en charge précoce des comorbidités fréquentes des personnes âgées pourrait moduler l'impact sur l'organisme des mécanismes physiologiques du vieillissement et ainsi permettre d'augmenter la durée de vie avec un minimum d'incapacités, ou tout du moins sans incapacités majeures [(6)].

Il ne sera traité ici que la physiologie du vieillissement des systèmes cardiovasculaire et nerveux central, dont les classes médicamenteuses respectivement employées dans la régulation de ces appareils seront plus particulièrement analysées dans cette étude. Cependant, il est important de noter que le vieillissement impacte tous les grands systèmes tels que le métabolisme de base et la thermorégulation, l'appareil locomoteur, les organes des sens, l'appareil respiratoire, la fonction rénale ou encore le système immunitaire, les fonctions endocrines, le système digestif, etc.

i. Le système nerveux central :

Le vieillissement cérébral est caractérisé par l'apparition progressive de quatre types de lésions :

- les dégénérescences neurofibrillaires ;
- les plaques séniles ;
- les pertes neuronales et synaptiques ;
- les anomalies vasculaires.

Les principaux effets de l'âge sur le système nerveux sont une diminution sélective des neurones corticaux et de la densité neuronale, une déplétion globale en neurotransmetteurs (catécholamines, dopamine, tyrosine, sérotonine) avec diminution importante du nombre et de la capacité de leurs récepteurs, et un déclin progressif de l'innervation périphérique des muscles squelettiques.

Les nerfs périphériques sont le siège d'une dégénérescence axonale progressive associée à une démyélinisation segmentaire. Cette perte du nombre de fibres par apoptose de neurones moteurs, les motoneurones, de la moelle épinière conduit à la réduction du nombre d'unités motrices, la formation d'unités « géantes », l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques et participe à la sarcopénie et aux anomalies de la sensibilité proprioceptive [6].

De plus, avec le vieillissement peut intervenir une détresse psychologique ayant un impact significatif sur la qualité de vie. Celle-ci doit être prise en compte pour maximiser les ressources en vue d'un vieillissement réussi [7].

ii. Le système cardiovasculaire :

Le vieillissement entraîne des modifications structurelles et donc fonctionnelles de l'appareil cardiovasculaire. À ces modifications s'ajoutent fréquemment diverses pathologies (plus de 50 % des sujets âgés de plus de 75 ans ont au moins une affection cardiovasculaire). Le vieillissement cardiovasculaire s'accompagne d'une diminution progressive du nombre des cardiomyocytes, remplacés par du tissu conjonctif ; une baisse de la compliance des vaisseaux et du myocarde (rigidité artérielle par glycation des protéines), entraînant une augmentation des résistances vasculaires périphériques et une élévation de la pression artérielle surtout systolique

avec hypertrophie ventriculaire gauche par augmentation de la résistance à l'éjection. Il existe également une altération progressive avec l'âge du baroréflexe et une augmentation de l'activité procoagulante, potentiellement associée à un plus grand risque de thrombose. Enfin, l'avancée en âge s'accompagne d'un trouble de la relaxation du ventricule avec altération du remplissage diastolique précoce [6].

d. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge

Le processus de vieillissement est caractérisé par des changements significatifs de la composition du corps et le déclin physiologique des fonctions organiques. Avec l'âge, la masse grasse augmente, le contenu en eau diminue, et ce, en association avec la réduction de la masse musculaire. Cela peut conduire à une sarcopénie et un changement dans la distribution des thérapeutiques [8].

Les modifications pharmacocinétiques les plus importantes concernent les diminutions des capacités excrétoires rénales et du métabolisme hépatique. Par conséquent, il y a nécessité d'adapter les posologies médicamenteuses en fonction de la modification de ces paramètres [9].

De plus, les concentrations en protéines plasmatiques changent avec l'âge, notamment les concentrations en albumine, dont le rôle principal est le transport et le stockage de la plupart des substances exogènes et endogènes dans le flux sanguin [10].

Par ailleurs, une autre modification importante observée avec le vieillissement est la diminution du métabolisme cellulaire, qui en retour peut affecter et réduire de façon significative l'activité des substances administrées sous la forme de prodrogues [11].

De surcroit, le système nerveux central de la personne âgée devient plus susceptible aux molécules affectant la fonction cérébrale, notamment les opioïdes, les benzodiazépines, et les psychotropes [8].

e. La plurimorbidité

La plurimorbité se définie par la coexistence d'au moins deux maladies chroniques qui ne peuvent être guéries en l'état actuel de nos connaissances, mais, qu'il est possible de contrôler à l'aide de différentes méthodes thérapeutiques. Selon les estimations, l'incidence de la polypathologie chez les personnes âgées se situe entre 65 et 98% [12-14].

Environ la moitié des plus de 65 ans souffre d'au moins trois maladies chroniques, pendant qu'un cinquième en est affecté par cinq ou plus [15,16]. Il est important de souligner que les principales pathologies rencontrées sont les pathologies cardiovasculaires, les maladies ostéoarticulaires, les troubles neuropsychiatriques et les maladies métaboliques.

En regard, les familles médicamenteuses les plus prescrites concernent le système cardiovasculaire (35%), le système nerveux central (15%), les systèmes digestif et métabolique (14,5%). Dans ce contexte de pathologies multiples, le médicament doit être bénéfique pour atténuer les symptômes, prévenir certaines complications ou guérir. La polymédication augmente le risque iatrogène, diminue la qualité d'observance et a un coût élevé. Pour rappel, la dépense remboursée par l'assurance maladie, tous régimes confondus, représente 26,8 milliards d'euros, soit 74,5 % de l'achat total de médicaments. La prise en charge des médicaments représente une part significative (17%) de la dépense de l'assurance maladie [17].

f. La polypharmacologie

La polypharmacologie est traditionnellement définie par la prise au long cours de cinq substances ou plus. Selon les estimations, 30 à 40% des plus de 65 ans vivant dans les pays développés prennent cinq molécules ou plus et 12% des personnes au sein du même groupe d'âge en prennent dix ou plus [18].

La littérature décrit de nombreuses conséquences négatives de la polypharmacologie sur les plans médical, économique et social. Les plus dangereuses sont les interactions médicamenteuses, les conséquences neuropsychologiques [15], la perte de poids et la dénutrition [19], les chutes et fractures [20], les réhospitalisations [21], l'altération de la mémoire [22], de la qualité de vie, et le décès [23].

Partie 2 : Analyse des modifications des prescriptions selon les hospitalisations en court séjour gériatrique et en SSR :

a. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des réévaluations des prescriptions thérapeutiques (modification(s) : oui ou non) chez les patients âgés de 75 ans et plus au cours de leur hospitalisation en comparant les hospitalisations en court séjour gériatrique et en unité SSR.

b. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de ce travail était de voir quelles classes médicamenteuses étaient plus particulièrement sujettes à réévaluation parmi celles prescrites pour une indication à visée cardiovasculaire, neuropsychologique et antalgique.

METHODE

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive uni-centrique d'une cohorte de 96 patients, menée au sein du pôle de Gériatrie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de POITIERS. Elle concerne des patients hospitalisés en médecine gériatrique aiguë et en unités de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) (sites de La Milétrie et de Lusignan confondus).

L'étude est basée sur les analyses qualitatives des prescriptions médicamenteuses relevées à la sortie d'hospitalisation par comparaison à l'ordonnance à l'admission. Les données exploitées concernent des patients dont le séjour s'était déroulé entre le 1er Mars 2019 et le 1er Mai 2019.

Nous avons recruté un effectif de patients de court séjour et de SSR, avec de manière aléatoire : un patient sur quatre par ordre chronologique parmi les patients hospitalisés sur les 2 mois de recueil.

Population :

- Critères d'inclusion : Age supérieur ou égal à 75 ans, séjour d'une durée supérieure à 1 jour, date d'entrée dans le pôle gériatrique du CHU de POITIERS comprise entre le 01/03/2019 et le 01/05/2019.
- Critères d'exclusion : Age inférieur à 75 ans, séjour inférieur ou égal à 1 jour, date d'entrée antérieure au 01/03/2019 ou postérieure au 01/05/2019.

Tous les patients ont été interrogés individuellement pour recueillir leur non-opposition de participation après avoir reçu une information claire, loyale et adaptée.

Deux patients ont été exclus car décédés au cours de leur hospitalisation, 4 ont refusé de participer et 7 patients ont été exclus car ayant un âge inférieur à 75 ans. En tenant compte des critères d'exclusion, la population étudiée finale a comportée 81 patients.

Nous avons ensuite considéré 2 groupes de patients : ceux présents en court séjour et ceux présent en SSR.

Les thérapeutiques prescrites pour une période inférieure à 10 jours n'ont pas été prises en compte dans cette étude (ex : antibiothérapie, anticoagulation par héparine, etc…).

La saisie des données a été réalisée sous le logiciel Microsoft Excel®. L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel R version 3.3.3 [1], par un statisticien indépendant. Le seuil retenu pour le risque de première espèce était fixé à 5%.

Variables recueillies

Ce travail est basé sur l'étude des dossiers informatisés de patients du CHU de POITIERS, avec une attention particulière aux indicateurs suivants :

- Identification du patient : nom, prénom, âge ;
- Lieu de vie ;
- Lieu de séjour hospitalier
- Durée du séjour hospitalier
- Indicateurs cliniques et gériatriques : poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), le score d'autonomie GIR (groupe iso-ressources) ; le score GIR est un score d'autonomie regroupant des variables qui permettent de catégoriser un individu selon son aptitude ou non, complète ou partielle à réaliser les actes du quotidien : communiquer, s'orienter (espace et temps), alerter, se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, utiliser les toilettes. Score de 1 à 6 : le plus élevé, le plus d'autonomie.
- Indicateurs biologiques : créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine (selon la formule Cockcroft-Gault), taux d'hémoglobine, albuminémie et albuminémie corrigée, CRP, TSH, Hémoglobine glycquée (HbA1c) chez les patients diabétiques, dosage de la vitamine D ;
- Prescriptions : nom des spécialités prescrites (en DCI ou dénomination commune internationale) et les différentes modifications effectuées durant l'hospitalisation, à savoir : initiation, arrêt, augmentation ou diminution de posologie, changement de molécule au sein d'une même classe thérapeutique, pour les systèmes cardiovasculaire, neuropsychologiques, et les antalgiques.

A noter que certaines données n'étaient pas systématiquement renseignées. En effet, il est arrivé que des indicateurs cliniques et/ou gériatriques de certains patients soient absents sur le courrier de sortie d'hospitalisation et non mentionnés dans leur dossier informatique.

RESULTATS

Description de la population en fonction des indicateurs gériatriques :

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Court séjour	25	32%	[22%;43%]
SSR	54	68%	[57%;78%]

	Court séjour			SSR		
Lieu de vie	**Effectif**	**Pourcen - tage**	**IC 95% moyenne**	**Effectif**	**Poucen - tage**	**IC 95% moyenne**
Domicile	16	64%	[43% - 82%]	40	74%	[60% - 85%]
EHPAD	7	28%	[12% - 49%]	7	13%	[5% - 25%]
Autre	2	8%	[1% - 26%]	7	13%	[5% - 25%]

	Court séjour			SSR		
	Moyenne	**Ecart type**	**IC 95% moyenne**	**Moyenne**	**Ecart type**	**IC 95% moyenne**
Score GIR	3,46	1,59	[2,79 - 4,13]	2,91	1,38	[2,5 - 3,33]
Age (années)	86,88	4,87	[84,87 - 88,89]	86,83	6,22	[85,13 - 88,53]
IMC (kg/m²)	25,37	5,39	[22,26 - 28,48]	26,28	5,25	[24,76 - 27,81]
Hb (g/dL)	12,52	1,77	[11,79 - 13,25]	12,11	1,95	[11,58 - 12,64]
Clairance Cockcroft (mL/min/ 1,73m²)	49,18	21,75	[39,77 - 58,58]	54,56	22,94	[48,3 - 60,82]
Albuminémie corrigée (g/L)	37,37	5,2	[35 - 39,73]	37,35	4,77	[35,82 - 38,88]
TSH (mUI/L	2,03	0,95	[1,54 - 2,52]	2,13	1,7	[1,64 - 2,62]
Vitamine D (µmol/L)	19,65	9,94	[14,71 - 24,6)]	22,26	11,52	[19,06 - 25,47]

Il n'y avait pas de différence majeure en termes d'autonomie dans les unités d'hospitalisation, selon le score Groupe Iso-Ressource (GIR) :

	Court séjour			SSR		
GIR	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
1	2	8%	[1%;27%]	4	9%	[2%;21%]
2	5	21%	[7%;42%]	13	29%	[16%;44%]
3	7	29%	[13%;51%]	8	18%	[8%;32%]
4	5	21%	[7%;42%]	15	33%	[20%;49%]
5	0	0%	[0%;14%]	1	2%	[0%;12%]
6	5	21%	[7%;42%]	2	4%	[1%;15%

Au global, 79% et 89% des patients, respectivement des groupes Court séjour et SSR, avaient un score GIR inférieur ou égal à 4.

La durée d'hospitalisation était significativement plus élevée en unité de SSR ($p<0,005$).

	Court séjour	**SSR**
Moyenne	6.16	36.59
Écart Type	1.80	29.48
IC 95% moyenne	5.42-6.9	28.55-44.64

OBJECTIF PRINCIPAL

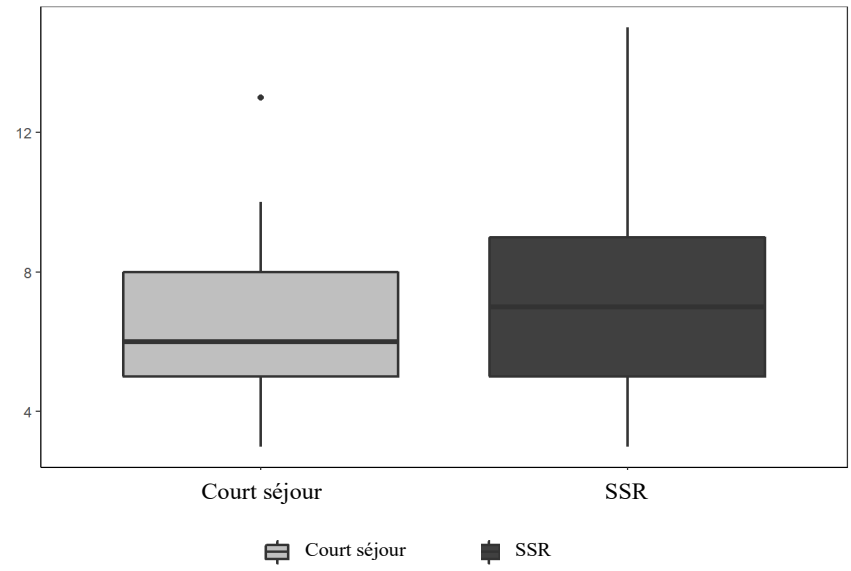
Il s'agissait de faire une analyse globale, toutes classes confondues, du nombre de prescriptions à l'admission et en sortie de séjour, ainsi que le nombre de modifications de prescription : totales, prescriptions initiées et arrêtées.

Analyse du nombre total de molécules prescrites à l'entrée en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	0,53
Moyenne dans le groupe Court séjour	6,84
Moyenne dans le groupe SSR	7,28

Graphique

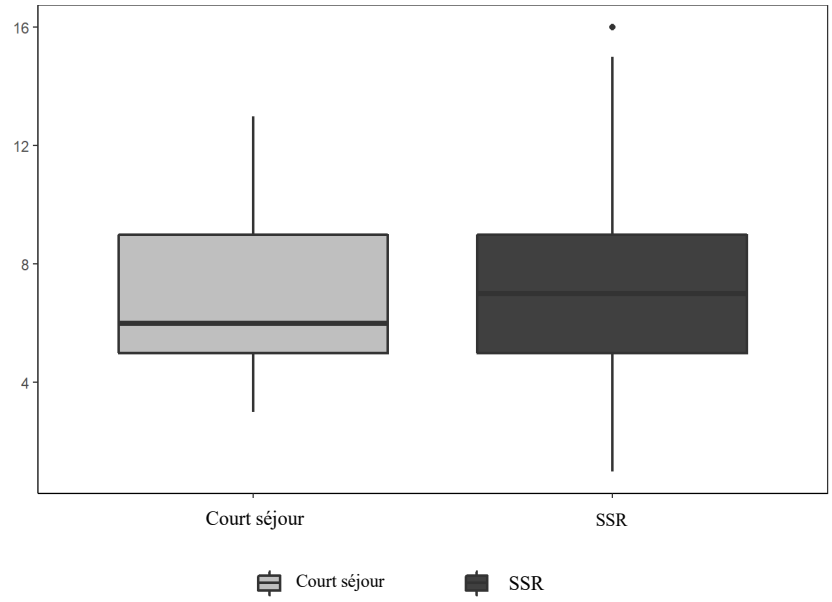


Analyse du nombre total de molécules prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	0,71
Moyenne dans le groupe Court séjour	7
Moyenne dans le groupe SSR	7,28

Graphique

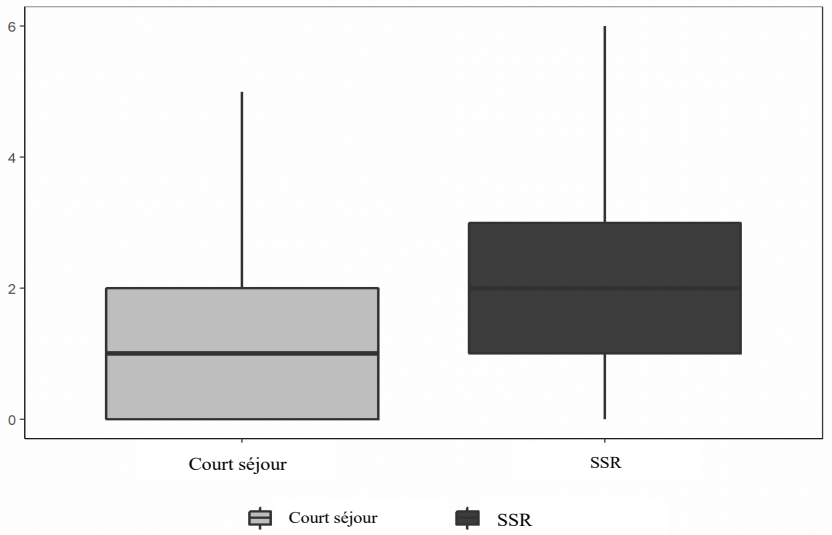


<u>Analyse du nombre d'arrêt de molécules thérapeutiques, toutes classes confondues, en fonction du lieu de séjour</u> :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	**0,011**
Moyenne dans le groupe Court séjour	1,24
Moyenne dans le groupe SSR	2,28

Graphique



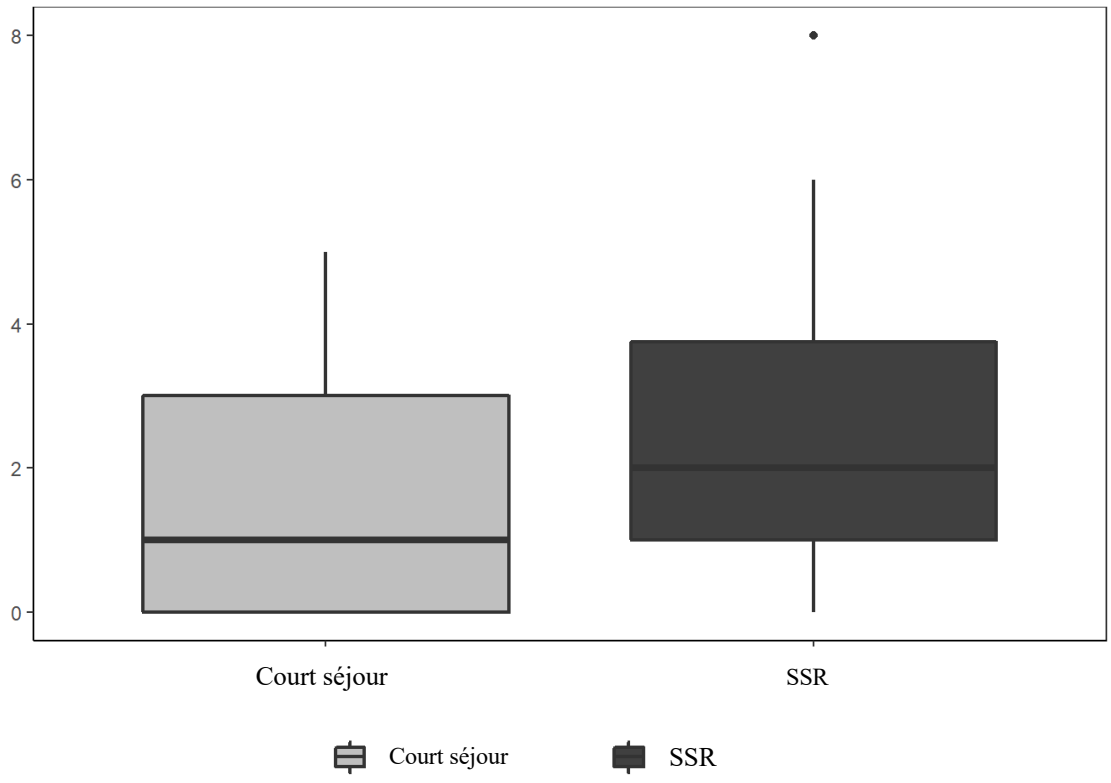
Le nombre de classes médicamenteuses arrêtées était significativement supérieur en SSR ($p<0,05$).

<u>Analyse du nombre d'instaurations de molécules thérapeutiques, toutes classes confondues, en fonction du lieu de séjour</u> :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	**0,045**
Moyenne dans le groupe Court séjour	1,48
Moyenne dans le groupe SSR	2,33

Graphique



Le nombre de classes médicamenteuses initiées était également significativement supérieur en SSR ($p<0,05$)

OBJECTIF SECONDAIRE

Il s'agissait d'analyser les modifications thérapeutiques (arrêt(s), instauration(s), modification(s) et/ou absence de modification de molécule(s)) au sein des prescriptions médicamenteuses qui concernaient le système cardiovasculaire, le système nerveux central, et les antalgiques, et ce en fonction de la présence des patients en court séjour hospitalier ou en SSR.

Médicaments de la sphère cardiovasculaire :

Il n'y avait pas de différence en termes quantitatif du nombre de lignes médicamenteuses entre les ordonnances de court séjour et de SSR, à l'admission et en fin de séjour.

Analyse du nombre total de molécules du système cardiovasculaire prescrites à l'entrée en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	0,41
Moyenne dans le groupe Court séjour	2,64
Moyenne dans le groupe SSR	2,98

Analyse du nombre total de molécules du système cardiovasculaire prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	0,85
Moyenne dans le groupe Court séjour	2,68
Moyenne dans le groupe SSR	2,6

Analyse du nombre total de modifications (oui/non) de molécules du système cardiovasculaire prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

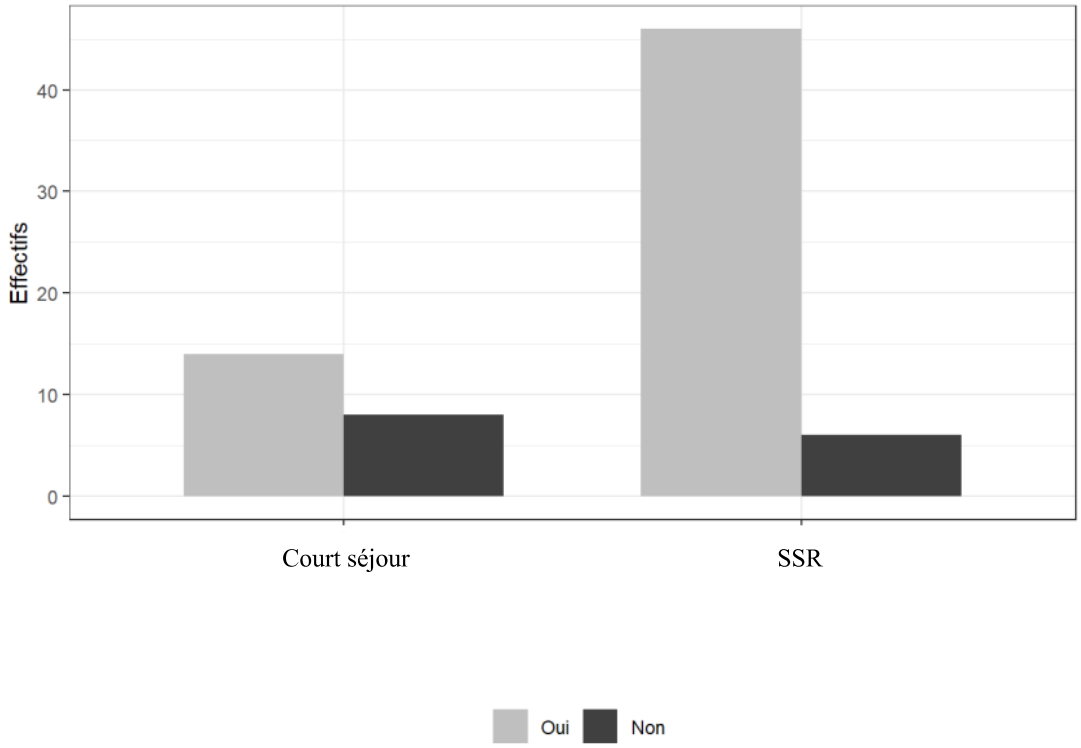
En revanche, les modifications de prescription des thérapeutiques de la sphère cardiovasculaire en cours de séjour étaient significativement supérieures chez les patients du groupe SSR *versus* Court séjour ($p<0,05$).

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Fisher Exact
P-value	**0,021**

Tableau des effectifs et proportions

	Oui		Non	
	Effectifs	**Pourcentages**	**Effectifs**	**Pourcentages**
Groupe Court séjour	14	23%	8	57%
Groupe SSR	46	77%	6	43%



Graphique récapitulatif global (sphère cardiovasculaire), toutes molécules confondues.

Bien que nous n'ayons pas retrouvé des nombres de modification significativement différent entre les unités, l'analyse qualitative des classes médicamenteuses, montre des réévaluations (initiation, arrêt, changement de posologie) plus fréquentes en SSR.

Ainsi, les prescriptions des molécules de la sphère cardiovasculaire ont tendance à avoir été plus sujettes à modifications chez les patients présents en SSR, en particulier :

- 75% de modifications des prescriptions de diurétiques de l'anse en SSR et 45% en court séjour,
- 69% de modifications des prescriptions d'IEC en SSR et 50% en court séjour,
- 54% de modifications des prescriptions d'ARA II en SSR et 34% en court séjour,
- 48% de modifications des prescriptions de béta-bloquants en SSR et 9% en court séjour.

Diurétiques de l'anse :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	6	55%	[23%;83%]	5	25%	[9%;49%]
Arrêt	3	27%	[6%;61%]	4	20%	[6%;44%]
Augmentation	1	9%	[0%;41%]	4	20%	[6%;44%]
Instauration	1	9%	[0%;41%]	4	20%	[6%;44%]
Diminution	0	0%	[0%;28%]	3	15%	[3%;38%]

Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine (IEC) :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	1	50%	[1%;99%]	5	31%	[11%;59%]
Arrêt	0	0%	[0%;84%]	6	38%	[15%;65%]
Instauration	1	50%	[1%;99%]	3	19%	[4%;46%]
Diminution	0	0%	[0%;84%]	1	6%	[0%;30%]
Changement molécule	0	0%	[0%;84%]	1	6%	[0%;30%

Antagonistes des-Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA II) :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IIIC 95%**
Inchangée	4	67%	[22%;96%]	5	45%	[17%;77%]
Instauration	1	17%	[0%;64%]	2	18%	[2%;52%]
Arrêt	0	0%	[0%;46%]	3	27%	[6%;61%]
Augmentation	1	17%	[0%;64%]	0	0%	[0%;28%]
Changement molécule	0	0%	[0%;46%]	1	9%	[0%;41%]

Les béta-bloquants :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	10	91%	[59%;100%]	14	52%	[32%;71%]
Diminution	0	0%	[0%;28%]	5	19%	[6%;38%]
Changement molécule	0	0%	[0%;28%]	3	11%	[2%;29%]
Arrêt	0	0%	[0%;28%]	3	11%	[2%;29%]
Instauration	1	9%	[0%;41%]	1	4%	[0%;19%]
Augmentation	0	0%	[0%;28%]	1	4%	[0%;19%

Les taux de prescription des thiazidiques et inhibiteurs calciques étaient faibles (<5).

Les prescriptions des anti-thrombotiques (anti-agrégants, anticoagulants oraux directs et anti-vitamine K) étaient aussi plus souvent modifiées en unité SSR.

Antiagrégants plaquettaires :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	6	86%	[42%;100%]	14	67%	[43%;85%]
Arrêt	1	14%	[0%;58%]	6	29%	[11%;52%]
Diminution	0	0%	[0%;41%]	1	5%	[0%;24%]

Anticoagulants oraux directs :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	4	80%	[28%;99%]	7	41%	[18%;67%]
Instauration	1	20%	[1%;72%]	6	35%	[14%;62%]
Arrêt	0	0%	[0%;52%]	4	24%	[7%;50%

Anti-vitamine K :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Diminution	1	17%	[0%;64%]	2	40%	[5%;85%]
Inchangée	2	33%	[4%;78%]	1	20%	[1%;72%]
Changement molécule	1	17%	[0%;64%]	1	20%	[1%;72%]
Augmentation	2	33%	[4%;78%]	0	0%	[0%;52%]
Arrêt	0	0%	[0%;46%]	1	20%	[1%;72%]

Concernant la prescription des statines, nous notons 3 arrêts en SSR.

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	1	100%	[3%;100%]	7	58%	[28%;85%]
Arrêt	0	0%	[0%;98%]	3	25%	[5%;57%]
Instauration	0	0%	[0%;98%]	1	8%	[0%;38%]
Diminution	0	0%	[0%;98%]	1	8%	[0%;38%]

Médicaments de la sphère neuropsychologique :

L'analyse des prescriptions de molécules thérapeutiques de la sphère neurologique de manière globale en fonction du lieu d'hospitalisation, court séjour et SSR, ne montrait aucune différence significative en termes de volume de prescriptions.

A l'entrée en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	**Valeur**
Méthode	Test de Student
P-value	0,95
Moyenne dans le groupe Court séjour	1,6
Moyenne dans le groupe SSR	1,62

En sortie d'hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Test de Student
P-value	0,65
Moyenne dans le groupe Court séjour	1,6
Moyenne dans le groupe SSR	1,72

Analyse du nombre total de modifications (oui/non) de molécules du système neuropsychologique prescrites à la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

Le nombre de modifications était supérieur chez les patients en SSR ($p<0,05$).

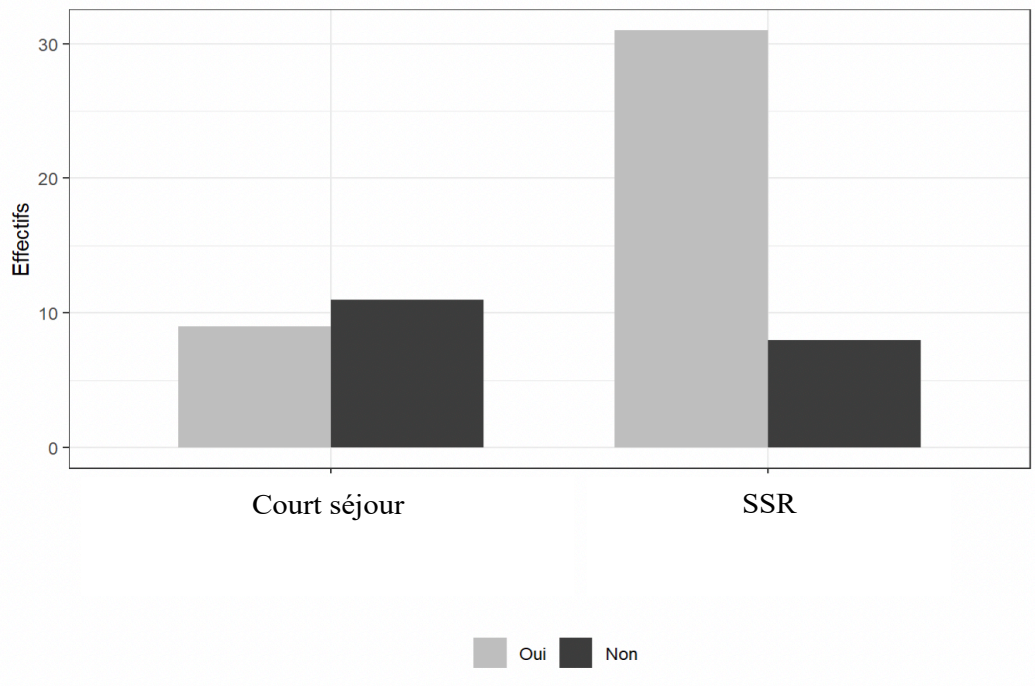
Tableau récapitulatif

Paramètre	Valeur
Méthode	Fisher Exact
P-value	**0,016**

Tableau des effectifs et proportions

	Court séjour		SSR	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Oui	9	45%	31	79%
Non	11	55%	8	21%

Graphique récapitulatif global (sphère neurologique), toutes molécules confondues.



On note des modifications plus fréquentes en SSR pour les benzodiazépines et les anti-épileptiques et sensiblement identiques pour les antidépresseurs.

Benzodiazépines :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	7	70%	[35%;93%]	13	39%	[23%;58%]
Instauration	2	20%	[3%;56%]	8	24%	[11%;42%]
Arrêt	0	0%	[0%;31%]	5	15%	[5%;32%]
Diminution	0	0%	[0%;31%]	3	9%	[2%;24%]
Changement molécule	0	0%	[0%;31%]	3	9%	[2%;24%]
Augmentation	1	10%	[0%;45%]	1	3%	[0%;16%

Anti-dépresseurs :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	6	60%	[26%;88%]	11	50%	[28%;72%]
Arrêt	3	30%	[7%;65%]	3	14%	[3%;35%]
Augmentation	1	10%	[0%;45%]	2	9%	[1%;29%]
Changement molécule	0	0%	[0%;31%]	2	9%	[1%;29%]
Instauration	0	0%	[0%;31%]	2	9%	[1%;29%]
Diminution	0	0%	[0%;31%]	2	9%	[1%;29%]

Anti-épileptiques :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Instauration	2	40%	[5%;85%]	4	29%	[8%;58%]
Arrêt	2	40%	[5%;85%]	3	21%	[5%;51%]
Inchangée	1	20%	[1%;72%]	4	29%	[8%;58%]
Augmentation	0	0%	[0%;52%]	2	14%	[2%;43%]
Diminution	0	0%	[0%;52%]	1	7%	[0%;34%

Médicaments de la classe des antalgiques :

Le volume de prescriptions était identique à l'admission et à la sortie d'hospitalisation entre les 2 groupes de patients.

A l'entrée en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	**Valeur**
Méthode	Test de Student
P-value	0,71
Moyenne dans le groupe Court séjour	0,8
Moyenne dans le groupe SSR	0,73

A la sortie d'une hospitalisation en court séjour *versus* SSR :

Tableau récapitulatif

Paramètre	**Valeur**
Méthode	Test de Student
P-value	0,45
Moyenne dans le groupe Court séjour	1
Moyenne dans le groupe SSR	0,85

L'analyse des modifications de la prescription de molécules thérapeutiques de la classe des antalgiques montrait un taux significativement supérieur en SSR ($p<0,05$).

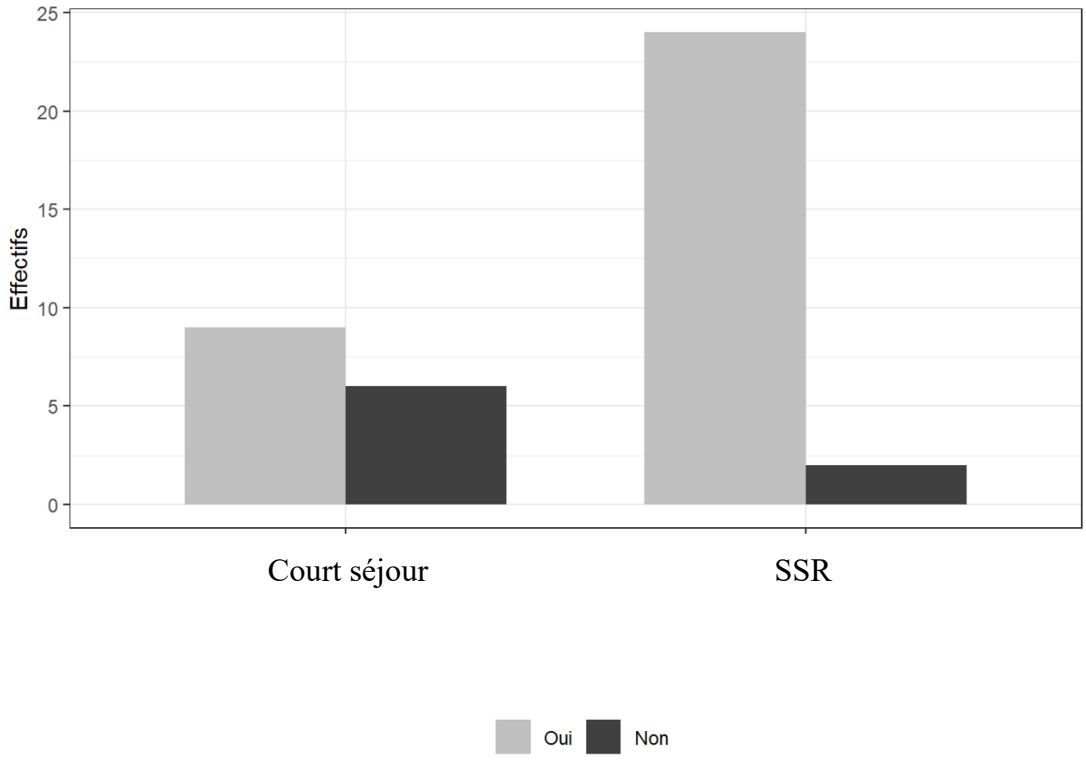
Tableau récapitulatif global, toutes molécules confondues

Paramètre	**Valeur**
Méthode	Fisher Exact
P-value	**0,035**

Tableau des effectifs et proportions

	Court séjour		SSR	
	Effectifs	**Pourcentages**	**Effectifs**	**Pourcentages**
Oui	9	60%	24	92%
Non	6	40%	2	8%

Graphique récapitulatif global (antalgiques), toutes molécules confondues.



Antalgiques de Palier I :

	Court séjour			SSR		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Instauration	4	33%	[10%;65%]	11	46%	[26%;67%]
Arrêt	2	17%	[2%;48%]	7	29%	[13%;51%]
Inchangée	4	33%	[10%;65%]	4	17%	[5%;37%]
Augmentation	2	17%	[2%;48%]	2	8%	[1%;27%]

Les prescriptions des antalgiques de palier I ont tendance à être plus sujettes à modifications chez les patients présents en SSR (83% des cas).

Antalgiques de palier II et III :

La prescription des molécules appartenant aux antalgiques de palier II et III était peu fréquente dans la période d'observation. Cependant, elle était toujours sujette à modifications, et ce, quel que soit le groupe de patients (Court séjour ou SSR).

Palier II	**Court séjour**			**SSR**		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Arrêt	1	33%	[1%;91%]	4	80%	[28%;99%]
Instauration	2	67%	[9%;99%]	1	20%	[1%;72%]

Palier III	**Court séjour**			**SSR**		
	Effectifs	**Pourcentages**	**IC 95%**	**Effectifs**	**Pourcentages**	**IC 95%**
Inchangée	2	67%	[9%;99%]	0	0%	[0%;60%]
Diminution	0	0%	[0%;71%]	2	50%	[7%;93%]
Instauration	0	0%	[0%;71%]	2	50%	[7%;93%]
Changement molécule	1	33%	[1%;91%]	0	0%	[0%;60%]

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal de préciser le nombre de modifications thérapeutiques effectuées pendant un séjour hospitalier et de mettre en évidence si il existait une différence de réévaluation des ordonnances lors d'une hospitalisation en médecine gériatrique en court séjour et en SSR, en comparant le nombre moyen de molécules présentes sur l'ordonnance à l'admission et à la sortie, chez les patients gériatriques âgés de 75 ans et plus, et ce, toutes classes thérapeutiques confondues. Les 2 groupes de patients étudiés étaient homogènes en termes de moyenne d'âge (> 86 ans), de lieu de vie (essentiellement domicile personnel) et d'autonomie (score GIR aux alentours de 3).

Les résultats indiquent parmi les 25 patients de court séjour, que le nombre moyen de classes médicamenteuses à l'admission était de 6,84, et de 7 à la sortie avec une initiation en moyenne de 1,48 médicaments et un arrêt de 1,24. Parmi les 54 patients de SSR, le nombre moyen de classes médicamenteuses à l'admission était de 7,28, et de 7,28 à la sortie, avec une initiation en moyenne de 2,33 médicaments et un arrêt de 2,28. Il n'y avait pas de différence significative en termes de volume moyen de prescription (respectivement, $p = 0,53$ à l'admission et $p = 0,71$ en sortie de séjour hospitalier).
En revanche le nombre de modifications était significativement plus important lors d'une hospitalisation en SSR (initiation, $p = 0,04$, arrêt $p = 0,011$). Ceci n'était probablement pas en lien avec le niveau d'autonomie des patients proche au sein des 2 unités, mais possiblement à mettre sur le compte d'une durée de séjour significativement plus importante en SSR ($p < 0,005$). Un séjour hospitalier plus long semble être plus propice à la survenue d'évènements intercurrents ou à une stabilisation et/ou amélioration clinique et pourrait ainsi motiver une réévaluation thérapeutique.

Nous avons réalisé un focus sur les classes des sphères cardio-vasculaire, neuropsychologique et les antalgiques. Nous avons subdivisé ces classes médicamenteuses en fonction des différentes molécules les composant. Pour rappel, il s'agit des classes médicamenteuses les plus prescrites au sein de la population gériatrique, avec une influence notable sur leur qualité de vie et de leur espérance de vie.

Des différentes analyses effectuées, il ressort des éléments statistiquement significatifs parmi les objectifs secondaires que nous nous étions fixés, et ce, de manière globale, pour les molécules appartenant aux sphères cardiovasculaire, neuropsychologique, ainsi que pour les antalgiques. De plus, cette étude a permis de prouver qu'il existe un effort d'amélioration de la qualité de la prescription chez les personnes âgées dans le secteur hospitalier, en court séjour mais avec cependant une tendance plus importante pour les séjours de plus longue durée.

Il ne sera discuté ici que des classes médicamenteuses appartenant à celles les plus initiées, arrêtées, ou aux posologies modifiées :

- **<u>Les molécules appartenant à la sphère cardio-vasculaire :</u>**

Les molécules à visée anti-hypertensive (IEC, ARA II, Thiazidiques, Inhibiteurs calciques et béta-bloquants) ont tendance à être moins prescrites (arrêt et diminution de posologie) en SSR en comparaison aux courts séjours hospitalier.

Cette tendance pourrait être expliquée par l'application et le suivi de règles hygiéno-diététiques adaptées, notamment sur le plan alimentaire avec un apport en sodium mieux contrôlé en milieu hospitalier qu'à domicile, et un niveau d'effort physique en milieu hospitalier d'autant plus significatif que la durée de séjour est importante (SSR versus courts séjours). En effet, lors d'un séjour en SSR, la pratique de la kinésithérapie quasi-quotidienne et d'activités physiques adaptées, pourraient en être aussi pour partie une explication. Une exception concerne les diurétiques de l'anse avec des modifications de prescription (initiation, augmentation et diminution posologiques) plus marquées lors d'une prise en charge en SSR que lors d'un court séjour hospitalier. La présence des patients sur une durée plus longue (SSR) pourrait être à l'origine d'une adaptation posologique plus fine pour cette sous classe thérapeutique, ayant un rôle majeur dans l'insuffisance cardiaque, qui est une comorbidité très fréquente chez les patients âgés de 75 ans et plus.

Au sujet de la classe des antiagrégants plaquettaires, la tendance se tourne plutôt vers une augmentation des arrêts de prescription en SSR, en comparaison avec le groupe court séjour. Cela pourrait être expliqué au moins en partie par un rapport bénéfice/risque défavorable en prévention primaire et/ou secondaire, notamment en tenant compte de la majoration du risque de chute avec traumatisme crânien chez les personnes les plus à risque. Ici aussi, le fait de passer plus de temps en hospitalisation (SSR) pourrait rendre plus accessible la révision de

l'ordonnance, avec un temps imparti plus conséquent. De la même manière, l'arrêt de la prescription d'anticoagulants oraux est une tendance également observée en SSR versus les courts séjours hospitaliers. Paradoxalement, il existe aussi une tendance à la majoration des initiations de prescription de cette même classe thérapeutique. Cela pourrait être le reflet d'un changement de molécule (AVK/AOD).

- **<u>Les molécules appartenant à la sphère neuropsychologique</u> :**

Les modifications de prescription des molécules appartenant à la sphère neuropsychologique sont significativement plus importantes en SSR en comparaison avec les courts séjours hospitaliers ($p = 0,016$). Lorsque l'on se focalise sur les différentes sous classes, la tendance indique que les molécules appartenant aux antiépileptiques, antidépresseurs et anxiolytiques seraient plus prescrites en SSR en comparaison aux courts séjours hospitalier (initiation, augmentation de posologie, et changements de molécules).

Ici aussi, le fait de passer plus de temps en hospitalisation (SSR) pourrait rendre plus accessible la révision de l'ordonnance, avec un temps imparti plus important, d'autant plus que le délai d'action de certaines molécules de ces classes thérapeutiques est plus long et qu'il est par conséquent plus difficile de trouver la posologie adéquate.

- **<u>Les molécules appartenant à la sphère des antalgiques</u> :**

Les modifications de prescription des molécules appartenant à la sphère des antalgiques sont significativement plus importantes en SSR en comparaison avec les courts séjours hospitaliers ($p = 0,035$). Lorsque l'on se focalise sur les différentes sous classes, la tendance indique que les molécules appartenant aux antalgiques de pallier I et III seraient plus prescrites en SSR en comparaison avec les patients en courts séjours hospitaliers, alors que la tendance est à l'opposée dans le cas des antalgiques de pallier II, qui eux ont tendance à être moins prescrits.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la mise en place d'une antalgie plus adaptée aux besoins des patients. En effet, il arrive que certains patients se voient prescrire des antalgiques

de pallier II, et ce sans association avec un pallier I, de même que des douleurs chroniques non contrôlées par des associations de pallier I et II sans pour autant observer de prescription d'un antalgique de pallier III, qui dans ce cas semblerait plus adaptée avec une association à un pallier I. Il ne s'agit ici aussi que de tendances mais le schéma des modifications de prescription observé semble indiquer que la prise en charge de la douleur chez le patient gériatrique en ville n'est pas toujours optimale et que le fait d'un passage en hospitalisation permet une révision des prescriptions, et ce d'autant plus que le séjour est long (SSR versus court séjour hospitalier).

Par ailleurs, il y a une chose à ne pas négliger. En effet, le mode d'admission peut constituer un facteur prédictif d'hospitalisation prolongée. De manière intéressante, le passage par les urgences est un facteur de risque de séjour allongé [24,25]. Ainsi, il serait nécessaire de favoriser, tant que faire se peut, les entrées directes, afin d'éviter autant que possible le passage par les urgences. Cependant, les entrées par les urgences font que les entrées directes souhaitées par l'équipe médicale doivent se trouver ajournées par manque de places. Par conséquent, peut se poser la question de l'existence d'un biais. En effet, il est possible que les patients admis aux urgences soient plus instables ou médicalement plus graves contribuant par conséquent de manière inhérente à une prolongation de l'hospitalisation et la nécessité d'un transfert en SSR pour la suite de la prise en charge et la reprise d'une autonomie, avant le retour au domicile, et ainsi être à l'origine d'un biais sur la prescription de certaine(s) classe(s) thérapeutique(s) (comme discuté précédemment). Une autre question qui peut par ailleurs se poser est celle du nombre de lits dans le service de court séjour gériatrique. En effet, si celui-ci était plus important, alors peut-être que cela permettrait de répondre au mieux aux problèmes des entrées directes et ainsi d'éviter leur inévitable "parachutage" en provenance des urgences.

Par ailleurs, notre étude montre, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, que le score GIR n'a pas tendance à être corrélé à la durée d'hospitalisation, avec des durées moyennes de séjour sont de 6,16 et de 36,59 jours respectivement entre les groupes court séjour et SSR. De façon intéressante, il aurait peut-être été judicieux d'avoir intégré à cette étude d'autres scores tels que l'ADL (Activities of Daily Living) ou encore l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

De plus, il peut s'avérer compréhensible (même si cela n'a pas été analysé dans notre étude) que les patients, pour lesquels l'intervention de l'assistant(e) social(e) au cours de l'hospitalisation a été sollicitée, sont également à risque d'hospitalisation prolongée. Bien entendu, nous ne pouvons conclure que l'intervention sociale prolonge le séjour mais ce résultat

s’explique par le fait que les patients ont une situation sociale avant l’hospitalisation pouvant apparaitre comme un frein au retour à domicile du fait de la nécessité d’une évaluation systématique. Ainsi, il ne s’agit pas de la sollicitation de l’assistant(e) social(e) en elle/lui-même mais plutôt de la « situation sociale » antérieure du patient qui est un facteur de risque de séjour prolongé. Il pourrait apparaitre par conséquent judicieux, étant donnée la complexité des démarches, que l’intervention sociale ait lieu dès les premiers jours d'hospitalisation.

De manière intéressante, le constat est le suivant, à savoir, que selon le type de démarche réalisée, le séjour peut être à risque de prolongation, et par conséquent de la nécessité de séjourner en SSR. Par exemple, lorsqu’une demande Via Trajectoire pour une admission en SSR, ou en EHPAD est effectuée, il est alors possible que les hospitalisations puissent avoir tendance à se prolonger, avec un risque majoré de complication(s) liée(s) à une durée d'hospitalisation plus importante et au décours un risque de modification(s) thérapeutique(s), avec pour impact, une limite à cette étude. Ceci pourrait également faire l’objet d’une analyse complémentaire. Malheureusement, ce résultat semblerait n'être que le constat d'une « embolisation » et d'un manque de lits des filières d'aval, problème connu depuis plusieurs décennies, et qui devrait avoir tendance à se majorer au regard de la démographie actuelle et de celles des années à venir.

Forces du travail

Population étudiée

Il s'agit d’une cohorte gériatrique hospitalière française de faible « envergure », ne comprenant que 81 patients âgés de 75 ans et plus, après analyse des critères d’inclusion et d’exclusion, recrutés dans un centre hospitalier français. Par conséquent, étant donné son faible nombre de patients, cette cohorte ne peut pas être considérée comme un échantillon représentatif de la population gériatrique française. Elle n’est représentative que de la population gériatrique du CHU de POITIERS.

Limites du travail

Biais

- **Biais d'information** : Ce dernier est minime car il ne consiste qu'en l'analyse de dossiers patients informatisés et est notamment constitué que de valeurs biologiques ou issues du questionnaire bien défini et largement utilisé, tel que le groupe iso-ressource (GIR).

- **Biais de sélection** : l'étude a été réalisée dans le service de médecine gériatrique du CHU de POITIERS. Il s'agit donc d'une étude monocentrique.

Durée du recueil

Le recueil a été effectué sur une période de 2 mois ; cela peut paraitre court comme durée, mais le but était d'avoir un échantillon de départ de 90 patients, même s'il s'avère que dans une étude exhaustive telle que celle-ci, la taille de l'échantillon est indéniablement insuffisante. Nonobstant, il faut se rappeler qu'il s'agit d'une étude pilote de « débrouillage ».

Période du recueil

Le recueil s'est déroulé durant la période du 1er Mars 2019 au 1er Mai 2019. On pourrait imaginer que cela ait un impact sur la population étudiée, sur les motifs d'hospitalisation, de même que sur les pathologies, voire sur la durée de séjour. Cela peut aussi être à l'origine d'un biais de sélection. Le mieux aurait été d'effectuer un recueil sur une durée d'une année calendaire complète.

Informations recueillies

Il est possible que certaines informations n'aient pas été obtenues de la bonne manière, et ceci pourrait être à l'origine d'un biais d'information, comme par exemple, le bilan biologique

d’entrée en médecine gériatrique, qui parfois n’a pas été fait, et par conséquent à l’origine d’un manque de données, et/ou réalisé trop tardivement après l’arrivée du malade dans le service.

Par ailleurs, un autre point difficile à évaluer est celui du délai d'obtention des examens complémentaires. Il aurait fallu noter pour chaque examen la date de demande et la date de réalisation et fixer un délai au-delà duquel on pouvait considérer qu'il retardait la sortie avec une possible orientation en SSR.

Nombre de patients

L’échantillon étudié ne comporte que 90 patients, dont 81 âgé de 75 ans et plus, ce qui comparativement à certaines études, ayant un objectif plus ou moins similaire, peut apparaître très faible. Cependant, tous les indicateurs gériatriques ainsi que toutes les sous-classes thérapeutiques de chacune des ordonnances à l’admission et à la sortie d’hospitalisation ont été investiguées.

Au final, la durée d’hospitalisation est associée à des modifications thérapeutiques plus fréquentes, témoignant de la médicalisation, de la vulnérabilité des patients gériatriques et de l’importance de réévaluations fréquentes pour optimiser la prise en charge.

CONCLUSION / PERSPECTIVES

Le sujet âgé est souvent polypathologique donc susceptible d'être polymédicamenté. A cela s'ajoutent des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques qui augmentent le risque d'effets indésirables et d'interaction médicamenteuses. Le risque de prescription de molécule(s) potentiellement inappropriée(s) est d'autant plus élevé dans cette population. Leur consommation doit être réévaluée de manière très régulière au regard des changements de la pharmacothérapie et ainsi diminuer la iatrogénie.

Cette étude montre qu'il existe un effort de révision médicamenteuse effectué en secteur hospitalier, et ce d'autant plus que la durée d'hospitalisation est longue (SSR en comparaison au groupe court séjour hospitalier). Malheureusement, la faible taille de la population étudiée ne nous conduit qu'à spéculer sur des tendances. Des analyses complémentaires et plus poussées sur un plus large échantillon de patients permettraient de mettre en évidence si les tendances que nous observons sont belles et bien significatives. Celles-ci pourraient servir de base ou d'indicateurs de bonnes pratiques destinées aux gériatres hospitaliers, médecins coordonnateurs en EHPAD et médecins généralistes.

De manière importante, cette étude permet de prouver qu'il existe un effort d'amélioration de la qualité de la prescription chez les personnes âgées dans le secteur hospitalier, en court séjour et de manière encore plus importante pour les séjours en SSR (séjour de plus longue durée).

BIBLIOGRAPHIE

1. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 2004 ;329(7456):15-9.
2. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med. 2011;365(21):2002-12.
3. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003;289(9):1107-16.
4. Handler SM, Wright RM, Ruby CM, Hanlon JT. Epidemiology of medication-related adverse events in nursing homes. Am J Geriatr Pharmacother. 2006;4(3):264-72.
5. Laroche ML, Charmes JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate medications in the elderly. Clin Pharmacol Ther. 2009;85(1):94-7.
6. De Jaeger, C. Physiologie du vieillissement. 2019 Oct 1er ; Traité de médecine AKOS, Volume 22, Numéro 4, Page 1-5.
7. Ingrand I, Paccalin M, Liuu E, Gil R, Ingrand P. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. PLoS One. 2018;13(10):e0204044.
8. ElDesoky ES. Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. Am J Ther. 2007 t;14(5):488-98.
9. Bolignano D, Mattace-Raso F, Sijbrands EJ, Zoccali C. The aging kidney revisited: a systematic review. Ageing Res Rev. 2014;14:65-80.
10. Bteich M. An overview of albumin and alpha-1-acid glycoprotein main characteristics: highlighting the roles of amino acids in binding kinetics and molecular interactions. Heliyon. 2019;5(11):e02879.
11. Huttunen KM, Raunio H, Rautio J. Prodrugs--from serendipity to rational design. Pharmacol Rev. 2011;63(3):750-71.
12. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. Ann Fam Med. 2012;10(2):142-51.
13. Gontijo Guerra S, Berbiche D, Vasiliadis HM. Measuring multimorbidity in older adults: comparing different data sources. BMC Geriatr. 2019;19(1):166.
14. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. Fam Pract. 2011;28(5):516-23.

15. Shinohara M, Yamada M. Drug-induced Cognitive Impairment. Brain Nerve. 2016;68(4):421-8.
16. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in Prescription and Over-the-Counter Medication and Dietary Supplement Use Among Older Adults in the United States, 2005 vs 2011. JAMA Intern Med. 2016;176(4):473-82.
17. Coffinet V. Polymédication et iatrogénie chez la personne âgée : analyse d'ordonnances au sein d'une population institutionnalisée. Sciences pharmaceutiques. 2015. ⟨dumas-01171668⟩.
18. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. Nurs Clin North Am. 2017;52(3):457-468.
19. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20(5):514-22.
20. Lai SW, Liao KF, Liao CC, Muo CH, Liu CS, Sung FC. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. Medicine (Baltimore). 2010;89(5):295-299.
21. Onder G, Pedone C, Landi F, et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). J Am Geriatr Soc. 2002;50(12):1962-8.
22. Chavant F, Favrelière S, Lafay-Chebassier C, Plazanet C, Pérault-Pochat MC. Memory disorders associated with consumption of drugs: updating through a case/noncase study in the French PharmacoVigilance Database. Br J Clin Pharmacol. 2011;72(6):898-904.
23. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. Drugs Aging. 2009;26(6):493-503.
24. Boisguerin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier. DREES; 2017. Report No: 1007.
25. Pomereau-Rigaud M. Identification des facteurs prédisposant à une hospitalisation prolongée des sujets âgés de plus de 75 ans dans un service de court séjour gériatrique : étude observationnelle d'une cohorte de 269 patients menée au Centre Hospitalier de Dax. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01675697

RESUME

La morbidité des personnes âgées au sein de la population mondiale est en augmentation constante. Cet accroissement fait de la polymorbidité la cause principale de polymédication, qui en retour est un facteur de risque de prescriptions inappropriées et de divers effets secondaires. L'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est, par conséquent, un enjeu de santé publique majeur. Nous avons réalisé un recueil des réévaluations thérapeutiques réalisées en unités de court séjour et de soins de suite et réadaptation (SSR) du CHU de Poitiers. Dans un second temps, nous avons réalisé un focus sur les classes des sphères cardio-vasculaire, neuropsychologique et les antalgiques, qui sont de loin les plus prescrites au sein de la population gériatrique.

Au total, 25 séjours de patients de court séjour et 54 de patients de SSR ont été analysés. L'âge moyen était de 86 ans avec un score d'autonomie GIR < 4 pour la grande majorité des patients et une polymédication moyenne > 6/j. La durée de séjour était significativement plus importante en SSR. Les résultats montrent que le volume de prescription ne diffère pas en sortie de séjour hospitalier entre les 2 types d'unité. En revanche, le nombre de classes médicamenteuses réévaluées (arrêtées et initiées) était significativement supérieur en unités de soins de suite et réadaptation ($p<0,05$). L'objectif secondaire, étaient quant à lui d'analyser de manière qualitative les modifications thérapeutiques au sein des classes médicamenteuses à visée cardiovasculaire, neuropsychologique et antalgique. Des différentes analyses effectuées, il ressort que les modifications thérapeutiques sont significativement plus fréquentes en unités SSR.

Au total, une durée d'hospitalisation plus longue est associée à un taux de réévaluation des prescriptions plus fréquent montrant l'intérêt d'une ré-expertise médicale au cours d'un séjour prolongé pour optimiser la prise en charge thérapeutique de ces patients vulnérables.

Mots clés : patient gériatrique, hospitalisation, révision d'ordonnance, polymorbidité, polymédication.

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !