

Annexe

Déploiement du programme français dit « Staff d'évaluation des pratiques professionnelles » sur l'iatrogénie médicamenteuse de patients âgés institutionnalisés au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Pharmactuel* 2021;54:160-165.

2 Analyser la prescription

- **Indication des médicaments ?**
 - Connue pour chaque médicament ? Bien fondée ?
- **Posologie optimale ?**
 - Adaptée au poids, à la fonction rénale? (cf. plaquette « Médicament et insuffisance rénale »);
 - « Start low and go slow » : beaucoup de médicaments sont efficaces à faible posologie chez la personne âgée;
 - Prudence avec les médicaments à marge thérapeutique étroite (ex. digoxine).
- **Durée précisée ?**
 - Y penser notamment pour les antibiotiques, les antiviraux, les antifongiques, les antispasmodiques et la cortisone (sauf indication dans les pathologies chroniques).
- **Prise en compte des cas de troubles de la déglutition ou de la présence d'une sonde naso-gastrique dans le choix des médicaments prescrits ?**
 - Comprimés écrasables? Ouverture des gélules possibles?

A retenir : la **polymédication** (à partir de 5 médicaments) est un facteur majeur d'**iatrogénie**.

4 Planifier le suivi et le documenter dans le dossier du patient (efficacité, innocuité)

Le « **réflexe iatrogénique** » : devant tout nouveau symptôme, se poser la question d'une cause iatrogène (effet indésirable d'un médicament ou effet additif de plusieurs médicaments, interaction médicamenteuse ou médicament-pathologie)

5 Sécuriser l'ordonnance de sortie

- Indiquer le poids du patient ;
- Indiquer l'INR cible en cas de prescription d'un traitement antivitamine K ;
- Utiliser autant que possible les noms des médicaments conformes à ceux pris avant l'hospitalisation.

Références bibliographiques :
 - Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration et d'évaluation de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA). 2006-2013. [en ligne] <http://www.has-sante.fr> (site visité le 21 novembre 2017).
 - Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charnes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Interne 2009;30:292-301.
 - Lang PO, Drame M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J et coll. Les critères STOPP-START v2: adaptation en langue française. NPJ Neurol Psych Geriatr 2015;15:233-36.
 - American Geriatrics Society. American geriatrics society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015;63:2227-46.

Version 2 – COMEDIMS du 5 décembre 2017

Guide pour la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée de plus de 80 ans*

* Ou les personnes âgées de plus de 65 ans et polypathologiques



Service pharmaceutique et Equipe mobile gériatrique

Répertorier les pathologies en cours et les hiérarchiser

⇔

Lister les médicaments en cours et les analyser

Correspondance?

1 Répertorier les pathologies en cours et les hiérarchiser

But? Le risque iatrogène augmente avec le nombre de médicaments prescrits et la hiérarchisation permettra de le limiter

3 Correspondance pathologies-médicaments ?

« Rechercher » :

- **Les excès de traitements**
 - **Les « doublons »**
 - Prescription conjointe de 2 médicaments de la même classe thérapeutique (ex. 2 antihypertenseurs) ou ayant des effets indésirables similaires (ex. 2 psychotropes)
 - **Les « cascades médicamenteuses »**
 - Médicament introduit pour traiter un symptôme interprété comme une nouvelle maladie alors qu'il s'agit d'un effet indésirable d'un autre médicament
 - **Les médicaments à efficacité discutable**
 - Ex. les vasodilatateurs cérébraux (nafidrofuryl, piritabédil, piraacétam).
- **Les insuffisances de traitement**
 - Ex. inhibiteur de l'enzyme de conversion ou antagoniste de l'angiotensine dans l'insuffisance cardiaque
- **Les prescriptions inappropriées**
 - Observées lorsque les risques liés au traitement dépassent les bénéfices attendus
 - **Les interactions médicamenteuses et les interactions médicament-pathologie** (ex. médicaments ayant des effets anticholinergiques en cas de déclin cognitif)
 - **Les médicaments «potentiellement inappropriés chez la personne âgée» (MPI)**

MPI à éviter (les personnes âgées y étant plus sensibles), mais pas pour autant contre-indiqués: possibilité de les prescrire dans un **contexte clinique particulier** à partir du moment où le **rapport bénéfice/risque** est bien évalué

MPI chez la personne âgée (inscrits au livret thérapeutique du CH de Vienne)

- ❖ **Médicaments anticholinergiques**
 Risque plus important de confusion, sédation, chutes, tachycardie, rétention urinaire, glaucome aigu et constipation (majoré si démence, hypertrophie de la prostate, glaucome ou constipation chronique)
 . **Antidépresseurs imipraminiques** : *clomipramine, amitriptyline, maprotiline, doxépine* (préférer les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)
 . **Neuroleptiques phénothiazines** : *chlorpromazine, pipotiazine, propériciazine, lévomépromazine, cyamémazine* (préférer les neuroleptiques d'autres classes avec effets anticholinergiques moindres : ex. *rispéridone, clozapine, olanzapine, amisulpride* et seulement si symptômes psychotiques)
 . **Certains antihistaminiques H1 à visée hypnotique ou anti-allergique** : *alimémazine, méquitazine, hydroxyzine, cyproheptadine, dexchlorphéniramine*, (préférer comme hypnotique une benzodiazépine ou un apparenté à demi-vie courte et à posologie réduite et comme anti-allergique la *cétirizine*)
 . **Antinauséux** : *métopimazine*
 . **Certains antispasmodiques à visée urinaire** : *Oxybutinine*
 ❖ **Autres antinauséux** : *métoclopramide* (risque de troubles extrapyramidaux) et *domperidone* (risques cardiaques graves)
 ❖ **Autres relaxants musculaires** : *baclofène* (sommolence, chute); préférer le *thiocolchicoside*
 ❖ **Inhibiteurs de la pompe à protons** : risque d'infection à *Clostridium difficile*, de fracture; éviter usage prolongé > 8 semaines
 ❖ **Cimétidine** : confusion, interactions médicamenteuses; préférer la *rantidine*
- ❖ **Laxatif stimulant** : *bisacodyl* (exacerbation de l'irritation colique); préférer les laxatifs osmotiques
- ❖ **Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (> 20 heures)**
 Ex. *bromazépam, diazépam, prazépam, clobazam, nitrazépam, clorazépate dipotassique*
 Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (sommolence, chute...)
 ➢ Préférer une benzodiazépine à demi-vie courte ou intermédiaire (ex. *lorazépam, oxazépam, alprazolam, loprazolam*) et sur une durée la plus courte possible
- ❖ **Antihypertenseurs à action centrale** : *méthylodopa, clonidine, riliméidine* (effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope)
- ❖ **Inhibiteurs calciques à libération immédiate** : *nifédipine* (hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral)
- ❖ **Alpha-bloquant dans l'HTA arthrosique** : risque majoré d'hypotension orthostatique
- ❖ **Disopyramide** : risque de troubles du rythme et d'effets anticholinergiques
- ❖ **Nitrofurantoïne** dans le traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique (risque majoré d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique, de toxicité hépatique) particulièrement si traitement long. Préférer un antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme.
- ❖ **AINS** : risque majoré de troubles gastro-intestinaux, d'insuffisance rénale
- ❖ **Sulfamides hypoglycémiantes à longue durée d'action** : *glibenclamide, gliclazide, glibépiride* (risque d'hypoglycémie prolongée sévère)