

**DIMINUER LE RISQUE IATROGENIQUE DE NOS  
PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LE  
PATIENT AGE ?**

**DOSSIER DOCUMENTAIRE**

Novembre 2022

**Rédacteurs :**

- Dr Elodie COSSET
- Dr Yves LEQUEUX
- Dr Mathieu PEUROIS
- Dr Hervé LE NEEL

**Relecteur :** Dr Thomas Gelineau

## PRÉAMBULE

Chez les patients âgés les effets indésirables médicamenteux (EIM) **sont la première cause d'hospitalisation (environ 1 patient sur 20), bien avant les autres maladies**, cardiovasculaires, métaboliques, neurodégénératives ou malignes. **Le coût** des EIM dépasse celui du diabète ou de l'infarctus du myocarde.

Malgré les nombreuses recommandations et outils existants, ce constat reste le même depuis des années, pourtant beaucoup de ces effets indésirables sont potentiellement évitables.

Comment améliorer la sécurité de nos prescriptions médicamenteuses ? La prescription de médicaments aux personnes âgées est une tâche complexe. L'objectif de cette réunion n'est pas seulement d'améliorer nos connaissances mais une remise en question de nos comportements en passant d'une approche individuelle à une réflexion collective, pluri professionnelle, **via une collaboration de proximité entre médecins traitants et pharmaciens.**

Notre objectif : Partager nos expériences de démarches de prévention du risque iatrogénique et proposer des actions concrètes permettant de limiter la fréquence et la gravité des effets indésirables des médicaments.

### A ce dossier sont associées QUATRE ANNEXES :

La première (I), est une proposition de travail médecins-pharmaciens lors de la séance, nommée **« Dossier pédagogique »**

La seconde (II) concerne les démarches d'accompagnement des patients polymédiqués âgés par le pharmacien et s'appuie sur deux dispositions légales :

- Le **Bilan Partagé de Médication** établi par le pharmacien avec le patient, dont la synthèse est envoyée au médecin généraliste. Il est « *universel* » (tout le monde)
- La dispensation protocolisée à l'officine **dans le cadre d'un exercice coordonné (MSP ou CPTS)**, avec les 4 protocoles actuels validés HAS.

La troisième (III) est la liste exhaustive des **médicaments classés en rouge dans l'appli APIMED** sur smartphone, avec les motivations de ce classement chez la personne âgée.

La quatrième (IV) est une présentation powerpoint contenant les réponses au Kahoot (quizz) que nous vous proposons de faire avec vos participants. Elle contient quelques explications concernant l'usage de l'appli APIMED.

## LES SOURCES DOCUMENTAIRES

- HAS. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre **2017** relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/ac\\_2017\\_0082\\_cnamts\\_bilan\\_medications\\_cd\\_2017\\_10\\_04\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/ac_2017_0082_cnamts_bilan_medications_cd_2017_10_04_vd.pdf)
- Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires Note méthodologique polypathologie de la personne âgée (has-sante.fr)

- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? HAS.**2014** [https://pprod-web.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs\\_prescription\\_web.pdf](https://pprod-web.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf)
- Intérêt d'une consultation dédiée à la prévention de la iatrogénie chez la personne âgée en médecine générale ? HAS.**2013** [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.2\\_has\\_cs\\_iatro\\_291112\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.2_has_cs_iatro_291112_vf.pdf)
- Limiter les effets indésirables des médicaments : pratique de terrain. La Rev Prescrire. Sept **2021** ; 41 ;455 ;
- Questionner sa pratique : vers plus de sobriété médicamenteuse chez les personnes âgées. La Rev Prescrire. Oct.**2021**. 1 ;
- La déprescription médicamenteuse, un acte médical de salubrité publique. Médecine. Novembre **2017** ; [https://www.jle.com/download/med-310912-36933-la\\_deprescription\\_medicamenteuse\\_un\\_acte\\_medical\\_de\\_salubrite\\_publique-191318-u.pdf](https://www.jle.com/download/med-310912-36933-la_deprescription_medicamenteuse_un_acte_medical_de_salubrite_publique-191318-u.pdf)
- Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Guide de pratique clinique. Le Médecin de famille canadien Vol 63: mai **2017** ; <http://www.cfp.ca/content/cfp/63/5/e253.full.pdf> ,
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez les personnes âgées. HAS. **2014** ; [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_675707/ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-tres-age-pmsa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-tres-age-pmsa)
- Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Comprendre et décider. La Revue Prescrire. **2017** ;
- M.-L. Laroche et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne. 30 ; **2009** ; 592-601. <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-2009.pdf>
- STOPP&START : Détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. **STOPP&START**
- Prescrire ! oui, mais aussi savoir déprescrire. La rev ; prescrire ; avril 2013 ;33 ;354 ;
- Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Le Méd.famille canadien.2017. <http://www.cfp.ca/content/cfp/63/5/e253.full.pdf>
- Règles d'or pour prescrire des médicaments aux aînés. Le Médecin du Québec, volume 45, numéro 12, décembre 2010 <https://lemedecinquébec.org/Media/108410/063-066info-comprim%C3%A91210.pdf>

#### Sites internet consultés :

- Agence Nationale Sécurité Médicament [www.anism.sante.fr](http://www.anism.sante.fr)
- Base de données Thériaque [www.theriaque.org](http://www.theriaque.org)
- BIP31.fr (CRPV Toulouse) ; <http://www.bip31.fr/bips.php>
- Liste des médicaments écrasables. Omedit Normandie. Actualisée janv.**2018** <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/27335/medicaments-ecrasables-mise-a-jour-de-2019.pdf>

**QUELQUES GRANDS PRINCIPES DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGE**  
(patient de plus de 65 ans avec comorbidités, ou de plus de 75 ans)

**Devant tout nouveau symptôme, posez-vous la question : « un accident iatrogénique ? » (réflexe iatrogénique).** Un principe utile : « dernier médicament introduit, premier suspect ».

**Un principe fondamental chez le sujet âgé : « START Low and GO Slow ».** Respecter le principe de la titration, en dehors des indications d'urgence. La majorité des traitements **ne sont pas validés** dans la population âgée.

Enfin, nombre d'EIM sont liés à la **fragilité** du sujet autant qu'au médicament lui-même (chutes notamment, dont le risque est majoré par certains produits, avec des conséquences plus graves du fait des comorbidités, par exemple l'ostéoporose).

Il peut être difficile de distinguer l'EIM des symptômes de la maladie responsable de la prescription : c'est le cas de la confusion du malade dément sous psychotrope. Il faut ajouter la possibilité " d'auto-aggravation " de la iatrogénèse : une confusion non rattachée à un sevrage en benzodiazépines peut être traitée à tort avec un neuroleptique, lui-même à l'origine d'une chute.

#### **AVANT DE PRESCRIRE OU DE RENOUVELLER UNE ORDONNANCE**

**Vérifier si le dossier comprend les éléments nécessaires pour limiter les risques iatrogéniques :**

- Les fonctions supérieures ont été évaluées (IADL 4 items, Codex...)
- L'existence ou l'absence d'antécédent de chute est notée dans le dossier.
- La fonction rénale a été évaluée : DFG datant de moins de 1 an dans le dossier
- Le poids est noté ? Si perte de poids > ou = 10% en 6 mois ou IMC < 21, une albuminémie est prescrite (si < 30 g/l = dénutrition sévère).

Adapter la posologie des médicaments en tenant compte des paramètres physiologiques et/ou pathologiques du patient : fonction rénale, hépatique, IMC (albuminémie si dénutrition).

**Interroger votre patient sur l'observance de son traitement :**

« Avez-vous parfois du mal à prendre certains de vos médicaments ? Lesquels ? Quand cela vous est arrivé quelles en étaient les raisons ? Le nombre de prises quotidiennes, la peur des effets secondaires ? »

Une prescription « sûre » est, avant tout, celle qui est comprise par le patient. C'est la condition indispensable à une observance correcte. Ensuite, il faut aussi qu'elle soit acceptée par le patient et que votre binôme thérapeutique fonctionne, et mieux trinôme avec le pharmacien.

Assurez-vous que la galénique est adaptée : couper ou écraser un comprimé, ouvrir une gélule n'est pas toujours sans risque (toxicité, modification de l'absorption à l'origine d'un sous ou surdosage).

Pour en savoir plus :

Liste des médicaments écrasables publiée par l'OMEDIT Normandie (actualisée 2019) est utile pour répondre à cette question. <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/27335/medicaments-ecrasables-mise-a-jour-de-2019.pdf>

La liste APIMED que vous avez sur vos smartphones contient ces éléments de galénique.

La **polymédication**, si elle est souvent justifiée chez les seniors, n'est pas une fatalité et elle peut être contrôlée.

La dé-prescription commence dès la prescription, après c'est plus difficile ! En effet, elle modifie l'équilibre relationnel entre le patient et le médecin. Si la prescription d'un médicament instaure une relation de « quasi-dépendance » du patient pour son médecin, la dé-prescription casse ce rapport.

Une relation de confiance entre le patient et son médecin est indispensable :

1. Evaluer avec le patient la **possibilité d'arrêter** des médicaments : "Plus de 90% des patients sont disposés à arrêter un médicament si leur médecin le dit" (Journal de l'American Geriatrics Society)
2. **Planifier l'arrêt** des médicaments. La diminution progressive des posologies est indispensable pour diminuer les risques de symptômes de sevrage et pour détecter précocement la réapparition de signes cliniques pouvant faire discuter l'éventuelle reprise des médicaments

Pour en savoir plus :

- Le site [www.deprescribing.org](http://www.deprescribing.org) algorithmes de dé-prescription fondés sur des données probantes. Chaque algorithme fournit un résumé d'une page de ses directives de dé-prescription <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>
- *Quels médicaments dé-prescrire en priorité chez le sujet âgé ? Pharmacovigilance Centre-Val de Loire*  
[http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/4197/4674/7451/7715.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4674/7451/7715.pdf)

**Vérifier pour chaque prescription ou renouvellement. « On ne renouvelle pas une ordonnance, on la réévalue ! » :**

- La pertinence actuelle de chaque médicament pour ce patient :
  - l'indication est documentée dans le dossier, en tenant compte des comorbidités évolutives,
  - les objectifs thérapeutiques sont-ils toujours d'actualité ? L'espérance de vie, la qualité de vie peuvent amener à les réviser (par ex : bisphosphonates pour une ostéoporose chez patient grabataire, un IPP au long cours en l'absence de preuve endoscopique récente, ou un antidépresseur pour une dépression ancienne non réévaluée... (« overuse » des anglophones),
- Vérifier si la posologie est adaptée aux objectifs thérapeutiques (« underuse » des mêmes anglophones) avant de changer de traitement
- L'absence de contre-indication, le respect de l'AMM,
- La galénique est adaptée
- L'absence de médicament « inappropriés » (« misuse » des...) dont le **bénéfice/risque** est défavorable. La liste des médicaments « Apimed » permet d'identifier le code couleur de chaque molécule : code « ROUGE » pour les médicaments inappropriés chez la personne âgée.
- L'absence d'associations médicamenteuses « à risque ».

**Eviter les médicaments associant deux (ou plus) principes actifs.** Un des arguments souvent évoqués en faveur de ces combinaisons fixes concerne l'amélioration de l'observance. En réalité, en réduisant le nombre de prises médicamenteuses, elle favorise au contraire la sur-prescription.

Trop souvent, le nom commercial des associations fait oublier au prescripteur les principes actifs. La prescription pertinente est celle qui se voit, celle qui ne cache pas son nom !

Les écueils avec ces combinaisons commerciales sont multiples :

- addition des risques d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses ;
- manquent de souplesse : difficile d'adapter leur posologie chez le sujet (très) âgé.
- risque de confusion en raison de doses variables de principes actifs selon les présentations.

### Attention aux interactions médicamenteuses : 3 niveaux de contrainte ;

- **Contre-indication** : caractère absolu. Elle ne doit pas être transgressée
- **Association déconseillée** : doit être le plus souvent évitée, sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque. Elle impose une surveillance étroite du patient.
- **Précaution d'emploi** : C'est le cas le plus fréquent. L'association est possible dès lors que sont respectées les recommandations, notamment en début de traitement. En pratique : posologie initiale faible, surveillance accrue (clinique, biologique, ECG).

#### Pour en savoir plus :

- *Thesaurus des interactions médicamenteuses. ANSM.2020.*  
*file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/20201027-thesaurus-referentiel-national-des-interactions-medicamenteuses-20102020.pdf*

### Attention aux médicaments "à risque"

Les **médicaments à marge thérapeutique étroite** : **Anticoagulants oraux** ; lithium ; digoxine ; théophylline ; antiépileptiques ; levothyroxine, colchicine.

Les **médicaments allongeant l'intervalle QT** : On parle de QTc long si > à 450 ms chez l'homme et > à 460 ms chez la femme. Cette anomalie expose au risque de troubles du rythme ventriculaire graves (torsades de pointes, fibrillation ventriculaire), responsables de syncope et de mort subite. Le risque est significatif lorsque le **QTc est > à 500 ms** et/ou en cas de facteurs prédisposant dont les plus fréquents sont : l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie, une bradycardie.

De nombreux médicaments sont susceptibles d'allonger le QT et la connaissance de cette donnée ECG est importante à connaître avant de prescrire et pour la surveillance du traitement. En cas de valeurs limites un avis cardiologique est recommandé.

#### Pour en savoir plus :

- *Liste des médicaments contre-indiqués, déconseillés ou à utiliser avec précaution dans le syndrome du QT long :*  
*[http://www.cardiogen.aphp.fr/upload/liste\\_medicaments\\_qtl\\_11\\_01\\_08.pdf](http://www.cardiogen.aphp.fr/upload/liste_medicaments_qtl_11_01_08.pdf)*
- *Comment mesurer le QT ? Dr P.Taboulet <https://www.youtube.com/watch?v=wiBrcgISB-Q&feature=youtu.be>*

Les **médicaments anticholinergiques** (ou atropiniques) : De nombreux médicaments ont des effets anticholinergiques : antiparkinsoniens, dans l'incontinence urinaire, bronchodilatateurs, antitussifs, imipraminiques, antihistaminiques H1, antiarythmiques classe1, hypnotiques, neuroleptiques, antiémétiques...).

Les patients âgés sont plus sensibles aux effets indésirables centraux des anticholinergiques. Le risque principal étant les troubles cognitifs (syndrome démentiel, confusion, agitation, fatigue, somnolence). A prendre en compte également les risques d'hypotension orthostatique, vertiges, hyperthermie, tachycardie, vision trouble, sécheresse oculaire et buccale (devant une xérostomie, toujours évoquer une étiologie médicamenteuse), glaucome, constipation, troubles urinaires voire rétention d'urine.

Ces médicaments sont classés sur « l'échelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques », de 1 à 3 selon la sévérité de leur effet.

- niveau 1 (potentiel anticholinergique faible, risque faible, 1 point);
- niveau 2 (effet anticholinergique moyen, risque modéré, 2 points);
- niveau 3 (potentiel anticholinergique élevé, risque majeur, 3 points).

Le **risque anticholinergique** doit être calculé comme la somme des classements affectés pour chacun des médicaments pris par le patient. Plus le score « global » est élevé, plus le risque est important.

Pour en savoir plus :

- *Échelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments. 2012*  
<http://gerontoprevention.free.fr/articles/Anticholinergiques.pdf>
- *Liste de 99 médicaments anticholinergiques potentiellement risqués pour les aînés (Mise à jour 2018)* <http://www.psychomedia.qc.ca/medicaments/2011-07-09/liste-medicaments-anticholinergiques-risques-pour-les-personnes-agees>

**Rechercher les associations à risque, par ex :**

- Dérivés nitrés + hypotenseurs = hypoTA +++ (recherche hypoTA orthostatique)
- Neuroleptiques ou neuroleptiques cachés (métoclopramide...) + anxiolytiques, hypnotiques = potentialisation risque hypoTA, sédation importante, chutes, sd extrapyramidal
- IEC ou ARA2 + HBPM + diurétiques épargneurs K<sup>+</sup> = majoration insuffisance rénale, et hyperkaliémie
- .....

**Médecins généralistes et pharmaciens d'un même territoire** sont concernés par la prévention du risque iatrogénique. Mieux travailler ensemble en passant d'une approche individuelle à une réflexion partagée à partir de nos expériences personnelles :

Nous pouvons :

- Echanger sur nos compétences spécifiques, nos difficultés quotidiennes, nos attentes respectives en termes de communication : sur quels sujets ? à quels moments ? en utilisant quels modes de communication ? Quel discours commun apporter au patient ? Renforcer l'équipe médecin-pharmacien ? Avec le Bilan de Médication Partagé ?
  - Réfléchir sur les situations cliniques que vous avez identifiées comme à risque accru de iatrogénie médicamenteuses. Par ex : polymédication, médicaments « inappropriés » .....
- Quelle a été votre prise en charge, les freins et les difficultés rencontrées ?
- Proposer ensemble des **actions concrètes** permettant de limiter la fréquence et la gravité des effets indésirables des médicaments.