

Bruno Lepoutre
MG, Université Paris VII

Élise Cotassou
MG

Philippe Zerr
MG, Université Paris VII

Mots clés :
iatrogénie,
ordonnance,
personne âgée

Des recommandations aux pratiques

Lors du renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée, le médecin prescripteur remet rarement en cause son bien-fondé. Il se contente la plupart du temps d'éviter les oublis sur les prescriptions essentielles, visant des pathologies existantes ou la prévention de maladies potentielles. Dans un deuxième temps, il se consacre aux prescriptions dites de « confort » à la demande du patient. Parallèlement, les médecins hospitaliers font valoir que 10 % des personnes âgées hospitalisées et 20 % des octogénaires le sont pour iatrogénie médicamenteuse [1]. De nombreux travaux récents laissent à penser que cette iatrogénie est évitable ([données CNAMS 2001, in [2]).

Renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée

Le syndrome de la 5^e ligne

Ces préoccupations ont été inscrites dans une loi de santé publique [3]. La HAS et l'Afssaps ont produit des recommandations et éléments d'évaluation des pratiques, au total assez peu connus et appliqués. L'objectif de cet article est de faire le point sur les différentes publications et propositions et de définir une stratégie applicable dans le temps limité de la consultation lors du renouvellement d'ordonnance des personnes âgées. Tous les travaux sur l'optimisation des prescriptions aux personnes âgées sont fondés sur une réflexion préalable à la rédaction d'ordonnance.

Le médecin généraliste est soumis à une multitude de tâches de plus en plus complexes sans que le temps utile d'une consultation soit augmenté d'autant, et en partie de ce fait les référentiels les plus élaborés sont inexploités par manque de temps. Seuls des outils simples comme les conseils minimums et les questions d'ouverture (type dépistage consommation excessive alcool), ont des chances d'être utilisés. Après avoir passé en revue les différents points de vue, médicaments pour l'Afssaps, bonnes pratiques pour la HAS et risque iatrogénique, nous proposerons 3 stratégies simples et mémorisables de révision d'ordonnance chez les personnes âgées respectant ces référentiels.

Afssaps : l'ordonnance ligne par ligne

La recommandation a été publiée en juin 2005 [2]. Elle vise à revisiter l'ordonnance ligne par ligne en ayant à l'esprit les principales interréactions et les principaux effets secondaires. L'Afssaps privilégie une approche médicamenteuse classe par classe pour éviter les co-prescriptions et les associations antagonistes, ainsi que la surveillance des éléments sensibles comme le poids, la kaliémie et la fonction rénale (*tableau 1*).

HAS : overuse, underuse, misuse

La HAS propose de lister les pathologies et les médicaments et de les hiérarchiser à partir de ces situations d'excès, d'insuffisance de traitement, et de prescriptions inappropriées [4] (*tableau 2*). Le référentiel proposé est très élaboré et pratique. S'il est une base pour prescrire en première intention en particulier à

Tableau 1. Principaux éléments de la recommandation Afssaps (juin 2005). Tableau adapté d'après [2]

Produits	Principaux effets secondaires	Principales interréactions	Principales surveillances
Diurétiques	Majorent l'insuffisance rénale	IEC et Ara II	Na+ K+ Créatinine
IEC ARA 2	Hyperkaliémie	Diurétiques épargneurs de potassium	Na+ K+ Créatinine
Digoxine	Surdosages : doser fréquemment	Médicaments hypokaliémisants	K+
Bêtabloquants	bradycardisants	Autres médicaments bradycardisants : digoxine, inhibiteurs calciques, amiodarone	Rythme cardiaque
Inhibiteurs calciques	Ceux qui n'appartiennent pas à la classe des dihydropyridines sont fortement bradycardisants	Autres médicaments bradycardisants : bêtabloquants, digoxine, amiodarone	Rythme cardiaque
Dérivés nitrés	hypotension	Médicaments hypotenseurs	Recherche hypotension orthostatique
AVK	Hémorragie	AINS Aspirine	INR, albuminémie
Anxiolytiques Hypnotiques	Chutes, surdosages, dépendance		Sédation importante
Antidépresseurs	Hyponatrémie Chutes		Na+ Hypotension orthostatique
Neuroleptiques	Syndrome extrapyramidal	Potentialisation avec les autres psychotropes ou neuroleptiques cachés (ex : métoclopramide)	Syndrome extrapyramidal
AINS	Les coxibs majorent l'insuffisance rénale et les maladies cardiaques.	Autres médicaments néphrotoxiques IEC, ARA II, diurétiques, biguanides	Créatinine
Antibiotiques	Souvent éliminés par voie rénale sous forme active. Certains (par exemple l'érythromycine) peuvent induire des torsades de pointe.	Anticoagulants oraux	Créatinine INR ECG (espace QT)
Statines	Pas d'indications validées après 75 ans ou en cas de démences		CPK avant le traitement ou en cas de symptômes en cours de traitement

Tableau 2. 7 bonnes questions pour évaluer sa propre pratique. D'après le référentiel EPP de la HAS « Prescrire chez la personne âgée » [7]

La liste des pathologies est-elle établie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies actuelles - Pathologies à traiter - Révision de moins d'un an
La liste des médicaments est-elle établie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Autres prescripteurs potentiels - Automédication éventuelle - Révision de moins d'un an
La personne gérant le traitement est-elle identifiée ?	<ul style="list-style-type: none"> - Le malade - Un aidant
La clearance de la créatinine de moins d'un an est-elle disponible ?	
L'existence de chute a-t-elle été identifiée depuis moins d'un an ?	
Les critères d'efficacité sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?	
Les critères de tolérance sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?	



l'hôpital, il est trop long à mettre en œuvre dans le contexte d'une consultation ou d'une visite à domicile pour être appliqué de façon systématique mais il est particulièrement pertinent pour mettre au point une stratégie générale concernant l'ensemble des prescriptions chez le sujet âgé. Selon ce référentiel, la prescription peut être optimisée en éliminant les trois modes d'erreur de prescription :

L'excès de traitement (overuse)

Les **médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisants** représentent 40 % des médicaments prescrits chez les plus de 80 ans [5], les plus courants étant les veinotoniques et les vasodilatateurs. Parmi les **médicaments sans indication** chez ces patients, on trouve les digitaliques, les benzodiazépines (dans le cadre d'une dépression méconnue) mais aussi les inhibiteurs de la pompe à protons en absence de pathologie digestive prouvée.

Les prescriptions inappropriées (misuse)

Elles concernent les médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus. Les exemples les plus courants sont les benzodiazépines à demi-vie longue dans les troubles

du sommeil ou le paracétamol dextropropoxyphène dont les effets anticholinergiques et le risque de chute sont délétères chez la personne âgée pour un effet antalgique peu différent du paracétamol seul.

Les insuffisances de traitements (underuse)

Elles concernent essentiellement l'HTA systolique, l'insuffisance coronaire, les douleurs cancéreuses et la dépression.

Iatrogénie et observance

Considérer le patient et son environnement

Un petit nombre de médicaments (AVK, psychotropes et médicament à visée cardiovasculaire) est responsable de la plupart des accidents iatrogènes chez les personnes âgées (*tableau 3*). Cela est dû à la fragilité de l'équilibre hémodynamique du grand âge, au caractère ancien et bien connu des molécules qui n'incite pas les médecins à la vigilance (diurétiques) et à la marge thérapeutique étroite (digoxine, AVK). Du fait de comorbidités possibles et de comédications, les accidents sont peu signalés et repérés avec retard [4]. Le rôle précipitant des événements intercurrents est très fréquent.

Observance et adhésion au traitement

L'observance est multifactorielle et l'éducation thérapeutique est sous-utilisée. L'observance est en moyenne de 50 % notamment dans les maladies chroniques sans symptômes [6], très aléatoire au-delà de la 5^e ligne. Le manque d'observance serait responsable de 10 % des hospitalisations des personnes âgées, c'est-à-dire autant que la iatrogénie [4]. Ce manque d'observance est dû à 3 facteurs :

– **Le facteur médecin** (nombre de médicaments prescrits) : il faut donc hiérarchiser au maximum les médicaments selon l'importance de la pathologie, de bien prendre en compte l'espérance de vie dans les thérapeutiques à visée préventive (par exemple, le diabète), en fonction de l'importance que le médecin leur donne. Puisque l'observance chute très vite au-delà de la 5^e ligne, il convient d'être très critique pour tout médicament placé au-delà...

Tableau 3. Principaux produits mis en cause dans les hospitalisations et décès par iatrogénie

Cardiovasculaires	AVK Furosémide Spironolactone Digoxine Amiodarone
Neuropsychiatriques	Benzodiazépines Neuroleptiques
Antalgiques	Dextropropoxyphène Tramadol AINS

– **Le facteur patient** : les patients ont souvent une vision incomplète de leur état de santé et une peur d'effets secondaires, de dépendances. Il peut s'agir aussi de troubles cognitifs et mnésiques mal évalués. Il faut donc « savoir expliquer », et la formation de médecin « prescripteurs » ne prépare pas vraiment à celle de médecin « expliquant »... Impliquer le malade dans la fixation d'objectifs thérapeutiques et à la surveillance de la iatrogénie sera infiniment plus productif.

– **Le facteur prescription** : il peut s'agir de difficultés liées à la prescription, difficultés à ouvrir l'emballage, à compter les gouttes ou à la multiplication des prises journalières, aux changements trop fréquents des prescriptions soit par le médecin traitant lui-même soit par des prescripteurs multiples. Il faut rajouter les nouvelles contraintes liées à la délivrance par les pharmaciens de génériques aux couleurs et aspects variables... Reste le problème des prescriptions de confort demandées par les patients qui se surajoutent à l'ordonnance du médecin et risquent de remettre en cause le bel équilibre qu'il a voulu¹ !

Les 3 stratégies de révision de l'ordonnance

L'objectif est d'utiliser les outils dont 1) la simplicité permet la mémorisation immédiate (sans nécessité de « fiches ») ; 2) l'efficacité permet d'éliminer les erreurs les plus fréquentes et les plus dangereuses ; 3) la connaissance permet de relativiser mieux les prescriptions non comme une addition de pathologies et de besoins mais d'objectifs thérapeutiques chez la personne âgée (approche plus gériatrique) : la personne âgée est vue comme une personne avec une autonomie, un pronostic vital, des besoins qualitatifs et sans doute un avis sur ces besoins.

Préalable indispensable : le dossier doit comporter pour toute personne âgée de façon claire, récente et accessible, afin que le prescripteur l'ait sous les yeux à chaque révision d'ordonnance, mention de l'âge, du poids, de la clairance de la créatinine, de la natrémie et la kaliémie, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle debout/assis.

Le prescripteur peut utiliser les 3 stratégies (ou les 3 grilles produites ici) de façon croisée ou une seule à la fois : le principal est d'en utiliser au moins une à chaque ordonnance pour qu'à la longue, les grilles seront mémorisées et adaptées automatiquement à chaque renouvellement.

1. Rappelons ici l'importance du conseil de la notion de SMR et de l'éducation et du dialogue qui permet d'éviter bien des prescriptions.

Grille 1. Stratégie par médicaments

Repérer les classes les plus susceptibles de créer des problèmes	Diurétiques AVK Amiodarone Digoxine Hypnotique Dextropropoxyfène
Repérer les coprescriptions et les supprimer	Hypnotiques et benzodiazépines Diurétiques, ARA2, IEC
Supprimer tous les produits à SMR insuffisants	Veinotoniques Vasodilatateurs Anticholinestérasés
Traquer les erreurs de dosages	psychotropes : estimer le risque de chute AINS, hypnotiques : prescrire à demi-dose

Grille 2. Stratégie par pathologie

Insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne	Souvent méconnue et sous-traitée
HTA	Doser fréquemment Na+ K+ et créatinine
AC FA	Être très strict dans le contrôle de l'INR
Dépression	Souvent traitée à tort par des benzodiazépines
Anxiété et troubles du sommeil	Anticiper les chutes et vérifier les coprescriptions
Traitement des douleurs	Supprimer le dextropropoxyfène, savoir utiliser la morphine

Grille 3. Stratégie globale

Prendre en compte l'état de compréhension de la personne âgée
Expliquer, négocier, privilégier l'observance
Hiérarchiser mettre un numéro d'ordre en fonction de l'importance donnée à un traitement Justifier au-delà de la 5 ^e ligne
Réagir à tout nouveau symptôme en évoquant d'emblée la possibilité que cela soit un effet iatrogène
Revoir l'ensemble de l'ordonnance à toute nouvelle introduction de médicament

Dans cette stratégie globale, la prescription chez la personne âgée est considérée comme une démarche palliative où sont pris en compte des objectifs de qualité de vie et de pronostic à moyen terme, et non pas une somme des pathologies. En cas d'incident, compte tenu de la fréquence de la iatrogénie dans les événements graves du vieillissement, la vigilance nous oblige à placer l'hypothèse d'un événement iatrogène au premier plan de notre enquête diagnostique.

Conclusion

« *Ce qui est simple est faux, ce qui est compliqué est inutilisable* » (Paul Valéry). Le propos n'est pas de trop simplifier les référentiels mais plutôt de rechercher quelques messages simples, mémorisables et applicables à chaque renouvellement d'ordonnance de la personne âgée.

L'expérience montre que seule la répétition de petites modifications, même incomplètes et insuffisantes, du comportement de prescription permet à terme de modifier de façon quantifiable la sécurité et la pertinence des prescriptions. Une fois le comportement modifié en profondeur, l'application globale des référentiels redevient un objectif réaliste.

Références :

1. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002;103:93-103.
2. Afssaps. Mise au point. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.
3. Loi N° 2004-806 du 9 Août 2004.
4. Legrain S. Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé ? HAS. Juillet 2008.
5. Naudin F, Sermet C. La prescription des médicaments à SMR insuffisant en 2001. Paris: CREDES; 2001.
6. Schneider MP, Locca JF, Bugnon O, Conzelmann M. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire. Quels déterminants et quel soutien ? *Rev Med Suisse*. 2006;2:664-70.
7. Desplanques-Leperre A, Legrain S, Emériaux JP, Chabot JM. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. *Rev Prat* 20 (720/721):190-2.

En résumé : Renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée

- ▶ 10 % des personnes âgées hospitalisées et 20 % des octogénaires le sont pour iatrogénie médicamenteuse. Cette iatrogénie est évitable.
- ▶ La recommandation de l'Afssaps (2005) vise à revisiter l'ordonnance ligne par ligne : principales interactions et effets secondaires, surveillance des éléments sensibles comme le poids, la kaliémie et la fonction rénale.
- ▶ La HAS (2008) propose au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles un cheminement clinique un peu différent : lister les pathologies et hiérarchiser les médicaments en éliminant les situations d'excès, d'insuffisance de traitement, et de prescriptions inappropriées.
- ▶ Une 3^e approche est celle de l'observance et de l'éducation thérapeutique puisque le manque d'observance serait responsable de 10 % des hospitalisations des personnes âgées, c'est-à-dire autant que la iatrogénie.
- ▶ L'objectif pour le prescripteur est d'acquiescer un automatisme d'utilisation à partir d'une des 3 stratégies de révision de l'ordonnance proposé par l'auteur : stratégie par médicament, stratégie par pathologie, stratégie globale.
- ▶ Seule l'utilisation d'une des 3 stratégies simples ou la combinaison des 3 a des chances d'être mémorisée rapidement par le prescripteur et donc d'aboutir à une réelle révision de l'ordonnance dans le sens de la diminution des accidents iatrogènes.