

## Prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez la personne âgée

Samedi 5 juin 2010, forum médical en Rouergue, Villefranche-de-Rouergue.

B. Pradines. Service de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier d'Albi. 81013 ALBI Cedex.

Dossier incluant textes, diapositives et outils en ligne : <http://www.geriatrie-albi.fr/somiatrogenie.htm>

### Introduction

Ce sujet est trop vaste pour être évoqué de manière exhaustive. L'ambition est ici de rassembler des éléments faciles d'accès en ligne sur site Internet pour aider le prescripteur.

### Définitions

Les événements indésirables médicamenteux (EIM) résultent de la toxicité d'un médicament ou de la susceptibilité d'un individu. Ils sont évitables ou non, dus aux effets secondaires des substances ou à une interaction. Pour leur part, les erreurs thérapeutiques (ET) impliquent généralement le prescripteur et/ou le consommateur.

### Epidémiologie

Les plus de 65 ans connaissent deux fois plus d'EIM. Ils sont plus graves : 10 à 20 % aboutissent à une hospitalisation. Après 70 ans, la mortalité est doublée. Pourtant 30 à 60 % des EIM seraient évitables. Selon l'étude EMIR1 de 2007, les médicaments du système nerveux sont le plus souvent en cause (26,3% dont 9% analgésiques), puis les médicaments cardiovasculaires (21,6% dont 9% diurétiques), les immunomodulateurs et antinéoplasiques (16,8%), les antithrombotiques (12,6%). Les affections vasculaires, surtout les hémorragies, constituent 20,6% des EIM. Les chutes sont fréquentes : 8,2%. L'incidence des ET est mal connue, certainement sous-estimée.

### Facteurs de risque « évitables » des EIM

La dépendance psychique au(x) médicament(s) est parfois telle qu'elle interdit toute diminution de la polymédication : le médicament est médiateur de relation avec le prescripteur, il existe souvent un souvenir positif durable du premier effet et la personne âgée maintient un conservatisme aspécifique en ayant souvent des convictions optimistes erronées ...

Certains médicaments possèdent une marge thérapeutique étroite : AVK, digitaliques, aminosides, sulfamides hypoglycémiant, opioïdes ... Les comorbidités, l'automédication, le défaut d'information, la réduction des capacités physiques, les troubles de la déglutition avec stagnation prolongée des médicaments dans la bouche et l'œsophage, ainsi que les troubles sensoriels et cognitifs ont leur part de responsabilité.

La vérification des posologies, des voies d'élimination, des effets secondaires et des interactions médicamenteuses et alimentaires est la pierre angulaire de la prescription dans un univers en constante évolution. On s'attachera à des évaluations simples :

- le poids : une perte doit faire rechercher une dénutrition ou une déshydratation. Dans ce dernier cas, en raison du risque d'hypotension et du fait de l'insuffisance rénale fonctionnelle, il faudra diminuer la posologie des anti-hypertenseurs, diurétiques, AINS, dérivés nitrés, et réadapter la posologie des médicaments éliminés par le rein : antibiotiques, antifongiques, antidiabétiques oraux, etc... Chez la personne âgée dénutrie, les traitements par AVK (INR), sulfamides hypoglycémiant (glycémie) ou anti-comitiaux sont à surveiller.
- la fonction rénale : une mesure indirecte devrait toujours être effectuée par l'évaluation de la clairance de la créatinine. Même concurrencée justement par la MDRD, la formule de Cockcroft a le mérite d'être encore la référence de la pharmacocinétique de la plupart des substances. Encore faut-il la calculer effectivement, donc facilement : au laboratoire (communiquer le poids), par ordinateurs (de bureau, portables, de poche, mesure sur site Internet en ligne : site accessible dans le dossier cité en référence).
- le calcul des déficits en eau et/ou en sel n'est pas toujours effectué dans la correction des déshydratations. Des formules aident à davantage de précision (accessibles dans le dossier cité en référence).
- l'état mental et neuro-sensoriel : l'existence de troubles cognitifs et/ou sensoriels, de tremblements, conduit à s'assurer de la présence d'un tiers compétent pour le respect des doses et horaires prescrits.

### Facteurs de risque « évitables » des ET

Les confusions de médicament avec un voisin de chambre ne sont pas rares, idem avec un homonyme. Les voies d'administration imprécisées, les présentations à noms approchants (ex : TENORMINE\* et TERNEURINE\*), les flacons ou ampoules ou boîtes qui se ressemblent, le rangement si les médicaments sont disposés dans le même casier ou même la même armoire, les équivalences (ex : opioïdes), le réglage du débit d'une seringue autopropulsée peuvent être sources d'erreur. Le manque de formation des personnels, leur insuffisance numérique, leur rotation, leur arrivée récente, la prescription verbale, la délégation de responsabilité (de l'infirmière à l'aide-soignant ou à l'étudiante en soins infirmiers) font courir des risques, en particulier dans ce domaine. De plus, l'erreur est honteuse donc souvent cachée. Elle est rarement déclarée à la Pharmacovigilance. Pire, elle peut être utilisée comme un outil à géométrie variable de gestion des personnels. Il faudra beaucoup de temps et d'efforts pour que l'erreur apparaisse pour ce qu'elle devrait être : une réelle chance d'améliorer les soins. Enfin, on peut espérer à long terme une amélioration de la sécurité par des moyens informatiques (vérification des posologies, interactions, code-barres du malade et des médicaments ?)

### Conclusion

L'âge en lui-même n'est pas une contre-indication à la prise de médicaments, mais il modifie les objectifs et les modalités du traitement. L'estimation du rapport bénéfice/risque domine la démarche.