

RÈGLES ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Dr Said HAJEM, Pr Chalbi BELKAHIA

I- INTRODUCTION

Il est aujourd'hui largement établi que la iatrogénie médicamenteuse fait partie des risques majeurs auxquels sont exposées les personnes âgées. Celles-ci sont, en effet, plus souvent victimes d'effets indésirables graves des médicaments qui constituent désormais l'une des principales causes de morbidité et de mortalité aux âges avancés de la vie.

Cette vulnérabilité s'explique essentiellement par la polymédication qui est un phénomène fréquemment observé chez la personne âgée du fait notamment de la polypathologie et de l'augmentation du recours aux soins avec l'âge. D'autres facteurs pourraient également jouer un rôle important dans la majoration du risque iatrogène comme la baisse de la fonction rénale et l'altération des fonctions sensorielles et cognitives.

Il convient aussi de souligner le fait que le vieillissement s'accompagne inéluctablement d'une importante modification, à tous les niveaux, de la pharmacocinétique des médicaments dont l'effet s'en trouve majoré, prolongé ou réduit ce qui peut occasionner de graves effets indésirables.

Dans ce contexte, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour sécuriser la prescription médicale chez le patient âgé. Il faut veiller à éviter les prescriptions inadaptées voire potentiellement dangereuses afin de prévenir les risques iatrogènes qui représentent une cause importante d'hospitalisation, de perte d'autonomie fonctionnelle et plus généralement d'altération de la qualité de la vie.

C'est dans cette optique que nous avons jugé opportun et nécessaire de rédiger cette notice d'information qui a pour objectif de promouvoir les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse chez les personnes âgées afin de réduire l'incidence des pathologies

iatrogènes. La réalisation de cet objectif passe nécessairement par la promotion d'une prescription utile, adaptée aux besoins réels du sujet âgé et qui tient scrupuleusement compte aussi bien des interactions médicamenteuses que des insuffisances organiques.

Notre ambition est d'apporter des messages clairs et concis susceptibles d'aider à bien manier les médicaments et à bien gérer l'ordonnance du sujet âgé. L'objectif de sécurisation de la prescription médicamenteuse est, comme on peut aisément le constater, omniprésent dans cette note. Notre souci est, en effet, de parvenir à allier la recherche de l'efficacité thérapeutique à la quête constante de la qualité de vie, du confort et de l'autonomie pendant la vieillesse.

II- PRINCIPES GENERAUX DE LA PRESCRIPTION THERAPEUTIQUE CHEZ LE SUJET AGE

Compte tenu de son retentissement néfaste sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées, la prévention de la pathologie iatrogène à un âge avancé de la vie constitue un défi majeur de Santé publique. Pour relever ce défi, il convient d'œuvrer à la rationalisation, la sécurisation et l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés.

La réussite de cette démarche relève du respect d'un certain nombre de règles nécessaires au bon usage des médicaments chez le sujet âgé. Dans ce qui suit, nous passerons en revue les principales de ces règles qui sont réparties en trois grands groupes selon qu'elles soient d'usage avant, au cours ou après la prescription médicamenteuse.

A- REGLES A PRENDRE EN COMPTE AVANT LA PRESCRIPTION

*** Ecouter, examiner**

La prescription d'un médicament n'est pas toujours la réponse la plus adaptée à la plainte du patient. Des troubles du sommeil peuvent être améliorés en agissant sur l'hygiène de vie, et ne nécessite pas obligatoirement des psychotropes.

*** S'assurer du diagnostic**

L'absence de diagnostic précis conduit à ne traiter que des symptômes et à multiplier les prescriptions médicamenteuses et les

risques d'effets indésirables. Un traitement uniquement symptomatique peut, par ailleurs, retarder le diagnostic ou conduire à la prescription de médicaments dangereux. L'utilité d'un traitement uniquement symptomatique doit être discutée de façon critique.

* **S'assurer** que la plainte exprimée par le patient n'est pas elle-même liée à un des médicaments qu'il prend.

* **Connaître** toutes les pathologies du patient et ses antécédents, même lointains (notion de tuberculose ancienne qui peut ressurgir à l'occasion d'un traitement par corticoïdes par exemple).

* **Connaître** tous les médicaments pris par le patient et rechercher attentivement l'automédication.

* **Hiérarchiser** les pathologies et fixer les objectifs du traitement en tenant compte du pronostic vital et fonctionnel du patient, de ses plaintes et de ses souhaits. Dans la décision thérapeutique, l'amélioration de la survie doit s'accompagner d'une conservation de la qualité de vie. Quant à la plainte du patient, elle peut conduire à l'automédication si elle est négligée.

* **Evaluer** pour tout traitement le rapport bénéfice/risque.

* **Connaître** le poids, la fonction rénale (déterminée à l'aide de la formule de Cockcroft), la pression artérielle, l'état d'hydratation et l'état nutritionnel.

* **Connaître** l'état cognitif et le mode de vie du patient, qui peuvent influencer sur l'observance du traitement. L'évaluation de la capacité et de la disponibilité de l'entourage à assister le malade âgé est importante.

* **S'assurer** que le traitement que l'on envisage a fait l'objet d'une évaluation, voire d'un consensus.

* **Connaître** les principaux paramètres pharmacocinétiques des médicaments envisagés : voie d'élimination, demi-vie plasmatique, degré de fixation aux protéines, principales interactions médicamenteuses et principaux effets secondaires du traitement.

* **Choisir le médicament :**

- ayant le moins d'effets secondaires et d'interactions,
- ayant la marge de sécurité la plus large,
- ayant la demi-vie la plus courte,
- le plus simple à prendre (1 prise/j si possible),

- ayant la voie d'administration et la forme galénique la plus adaptée aux handicaps du patient (tremblements, troubles visuels, troubles cognitifs, difficultés de préhension manuelle, mobilisation limitée de l'épaule pour les collyres...).

En cas de médicament à élimination rénale, il faut adapter la posologie à la fonction rénale. En cas de médicament à marge thérapeutique étroite, il est conseillé de commencer par des posologies faibles et de les augmenter progressivement. Il est, enfin, recommandé de limiter les doses de charge qui exposent à des pics sériques excessifs et donc à une majoration de la toxicité.

* **Eviter la prescription** de médicaments n'ayant pas fait la preuve scientifique de leur efficacité (identifiés dans le Vidal par les mentions «proposé dans», «utilisé dans» ou «utilisé comme»). Ces médicaments viennent allonger l'ordonnance et exposent au risque de mauvaise observance.

* **Utiliser avec prudence** les médicaments récemment mis sur le marché, compte tenu de leur évaluation souvent incomplète chez le sujet âgé.

* **Eviter le double emploi** en repérant tous les médicaments qui appartiennent à la même classe thérapeutique, qui contiennent le même principe actif ou qui ont des propriétés pharmacologiques communes en relation ou non avec l'effet thérapeutique recherché (propriétés anticholinergiques par exemple).

B- REGLES A PRENDRE EN COMPTE LORS DE LA PRESCRIPTION

* **Expliquer**, au patient et à son entourage, le traitement : son choix, son but, ses modalités et ses risques potentiels.

* **Limiter** le nombre de médicaments et le nombre de prises, avec des heures d'administration facilement mémorisables.

* **Faire une ordonnance lisible.**

* **S'assurer** que le traitement est bien compris (garantie d'une bonne adhésion donc d'une bonne observance), que son utilisation est possible, et qu'il pourra être pris (paiement et récupération). Il est pertinent de discuter de l'opportunité d'un semainier ou de l'intervention d'une tierce personne.

* **Fixer** avec précision la durée du traitement.

C- REGLES A PRENDRE EN COMPTE APRES LA PRESCRIPTION

* **Evaluer le traitement** : Evaluer son efficacité, sa tolérance clinique et biologique, son observance ainsi que la nécessité de le poursuivre.

* **Savoir arrêter** les médicaments. La prescription doit être régulièrement évaluée afin d'éliminer certains produits inutiles voire dangereux. Une pathologie intercurrente peut contre-indiquer transitoirement ou définitivement la poursuite d'un traitement antérieurement prescrit. Toute modification des prescriptions doit s'accompagner d'une explication au patient si l'on veut qu'il adhère à son nouveau traitement.

* **Programmer une surveillance** clinique et paraclinique adaptée au traitement, en particulier si la marge thérapeutique est étroite (digitaliques, théophylline, anti-vitamine K...). La bonne tolérance initiale à un médicament n'exclut pas le risque d'effet indésirable tardif, favorisé par une affection intercurrente.

Cette surveillance doit permettre de repérer à temps et de prendre en charge de façon précoce les accidents iatrogènes. La symptomatologie liée à ces accidents est parfois évocatrice mais elle est le plus souvent atypique. Cependant, leurs principales conséquences sont :

- malaises, sensations vertigineuses, céphalées, hypotension orthostatique, chutes, traumatismes,
- confusion,
- troubles digestifs, hémorragies,
- hypoglycémies,
- troubles cutanés,
- troubles ioniques, insuffisance rénale, syndromes extrapyramidaux.

III- CONCLUSION

Au terme de cet exposé succinct des principales règles du bon usage des médicaments, on peut conclure que la réussite de toute prescription médicamenteuse chez le sujet âgé passe impérativement par les mesures essentielles suivantes :

* **Eviter la polythérapie.** Les médicaments ne doivent être prescrits que s'ils sont vraiment nécessaires et qu'ils contribuent à améliorer le confort du malade et son autonomie.

* **Bien connaître son patient.** Cette règle est encore plus importante chez le sujet âgé : elle permet de prévoir les interférences d'éventuelles tares ou d'autres thérapeutiques avec le médicament nouvellement prescrit. Il faut évaluer l'état cognitif et le mode de vie du malade car ils peuvent influencer sur l'observance du traitement.

* **La surveillance doit être encore plus rigoureuse que chez le sujet jeune** surtout en cas de traitement chronique.

* **Lutter contre l'automédication** par éducation du patient ou de son entourage (si le sujet est dépendant).

* **Aider le patient à éviter les erreurs** en lui fournissant les explications les plus claires possibles et en adaptant les formes médicamenteuses à son état. Le sujet peut avoir des difficultés à utiliser :

- de gros comprimés ou des gélules en cas de troubles de la déglutition,
- de comprimés sécables en cas de rhumatisme articulaire,
- des gouttes en cas de tremblements.

* **Favoriser les médicaments anciens mieux connus.**

* **Les objectifs du traitement doivent être adaptés au sujet âgé**, avec des priorités.

* **Le médicament, à l'âge avancé, ne résume pas le soin.**

IV- RÉFÉRENCES

1. Hajem S., Belkahia C. Guide pour le bon usage des médicaments chez le sujet âgé. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 60 pages, mai 2006.
2. Doucet J, Druesne L. Ordonnance du sujet âgé : les questions à se poser. La Revue du praticien 2002 ; 16 ; 582 : 1-4.
3. Doucet J, Cape C, Jego, et al. Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé. Epidémiologie et prévention. Presse Med 1999 ; 28 : 1789-93.

4. Doucet J, Queneau P. Principes généraux de prescription thérapeutique. In : Doucet J, Massol J, Lejonc JL, Mottier D, Queneau P. Thérapeutique de la personne âgée. Paris : (eds) Maloine, 1998.
5. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne* 2004 ; 25 : 582-590.
6. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of US consensus panel experts. *Arch Intern Med* 2003; 163 : 2716-24.
7. Jolliet P. Pharmacologie du sujet âgé. *Ann Med Interne* 1995 ; 146 : 328-34.
8. Nouaille Y, Merle L. Comprendre le vieillissement pour intervenir. *Actualités pharmaceutiques* 2002 ; 410 : 13-14.
9. Pariel-Madjelessi S, Belmin J. Le bon usage des médicaments chez le sujet âgé. In Belmin J, Amalberti F, Béguin AM. *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées*. Paris ; (eds) Masson, 2005.

