

Prévenir le risque iatrogène médicamenteux chez la personne âgée

LES ENJEUX

La **loi de santé publique de 2004**⁽¹⁾ a inscrit comme un des principaux objectifs de la santé des personnes âgées, la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées (objectif n° 100). On peut d'ailleurs, dans ce cadre, y adjoindre l'objectif n° 99 de la dite loi qui vise à réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année. En effet, le rôle précipitant des médicaments dans les chutes avec ou sans fracture des personnes âgées est désormais bien établi, même si les causes en sont multifactorielles^(2,3). La polymédication et les psychotropes en sont les principaux facteurs favorisants^(4,5).

En outre, la loi de santé publique a fixé comme objectif (n° 27) de réduire la fréquence des événements iatrogènes, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation (sans distinction sur l'âge des patients).

La France est un des pays européens dont les habitants consomment le plus de médicaments⁽⁶⁾. Cette forte consommation augmente le risque d'effets indésirables : en effet, la iatrogénie médicamenteuse peut résulter des propriétés du médicament lui-même, de son association avec un autre médicament ou une autre substance, de son incompatibilité avec la personne qui l'absorbe ou encore d'une erreur dans sa prise (oubli, dosage inadéquat...).

Les effets indésirables des médicaments sont en moyenne deux fois plus fréquents après 65 ans⁽⁷⁾, en raison notamment de la fréquence à ces âges chez la même personne de multiples affections, source d'une polymédication. S'y ajoutent, bien sûr, en raison de l'âge et de la polyopathie, les facteurs aggravants que sont des capacités physiologiques et métaboliques perturbées et une plus grande vulnérabilité (chutes)⁽⁸⁾. L'incidence des effets indésirables est directement proportionnelle au nombre de médicaments ingérés⁽⁹⁾ et les sujets âgés cumulent plusieurs facteurs de risque de mauvaise observance⁽³⁾.

Ces effets indésirables lorsqu'ils se manifestent chez des personnes âgées, sont également plus graves. Ainsi, dans 10 à 20% des cas, ils conduisent à une hospitalisation de ces personnes. Dix à 20% des hospitalisations de personnes âgées seraient en rapport avec un effet indésirable médicamenteux^(7,10). La iatrogénie médicamenteuse peut être à l'origine de pertes d'autonomie, mais aussi d'une mortalité non négligeable.

Nombre des effets indésirables médicamenteux chez le sujet âgé sont évitables^(8,11,12,13), notamment en prenant en considération les risques liés au médicament (marge thérapeutique étroite, demi-vie longue...), au prescripteur lui-même (adaptation des posologies à l'âge, hiérarchisation des maladies à traiter, qualité de vie du malade, réévaluation systématique des traitements) et au comportement du malade (erreurs d'observance et d'administration, automédication...)⁽⁷⁾. L'accent est mis de plus en plus souvent sur la nécessité pour le médecin de « déprescrire » notamment lorsque les médicaments en question sont dangereux ou tout simplement inutiles ou accessoires^(14,15).

En ce sens, l'**Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé** (AFSSAPS)⁽¹⁶⁾ a édicté des recommandations visant à prévenir la iatrogénèse chez le sujet âgé, certaines d'ordre général, d'autres ciblant les classes thérapeutiques les plus fréquemment en cause dans les effets indésirables. Ainsi, l'agence recommande-t-elle, d'éviter tous les médicaments qui ne sont pas justifiés, non efficaces ou non indispensables, et, s'agissant des benzodiazépines, de privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif.

La **Haute Autorité de santé** préconise, chez le sujet âgé, d'éviter les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication, les médicaments inappropriés en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable, les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant (par ex., les vasodilatateurs cérébraux), et, à l'inverse, de prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée⁽¹⁷⁾. S'agissant de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs d'origine athéromateuse (AOMI), la Haute Autorité ne fait nullement mention des vasodilatateurs dans son guide pour les professionnels de santé sur la prise en charge optimale et le parcours de soins des patients atteints de cette affection^(18,19).

Dans le cadre des conventions médecins – caisses d'assurance maladie, il a été convenu dès 2006 d'un engagement des médecins traitants dans un programme de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées⁽²⁰⁾, engagement réaffirmé en 2007⁽²¹⁾ avec mise en place d'un programme d'accompagnement des professionnels déployé par l'Assurance Maladie.

Les vasodilatateurs

ÉTAT DES PRATIQUES

En 2005, et sans tenir compte de l'automédication, 12% des personnes de plus de 65 ans (soit 1,2 millions) consommaient régulièrement au moins 7 médicaments chaque jour.

Prévenir la iatrogénie implique d'être vigilant avec les excès de traitement (« overuse » - utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité service médical rendu insuffisant)⁽³⁾ et les traitements inappropriés (« misuse »).

La prescription de ces médicaments est à placer dans la catégorie des « overuse », s'agissant souvent de produits à service médical rendu insuffisant. Ainsi, certaines études relèvent-elles que près du ¼ des personnes de plus de 65 ans en France ont un traitement par vasodilatateurs cérébraux^(3,22).

En 2008, en France, parmi les patients de plus de 65 ans suivis par des médecins traitants (au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale), 14,1% en moyenne (médiane à 12,8%) ont une prescription de vasodilatateurs (cérébraux ou périphériques) (cf. figure 1).

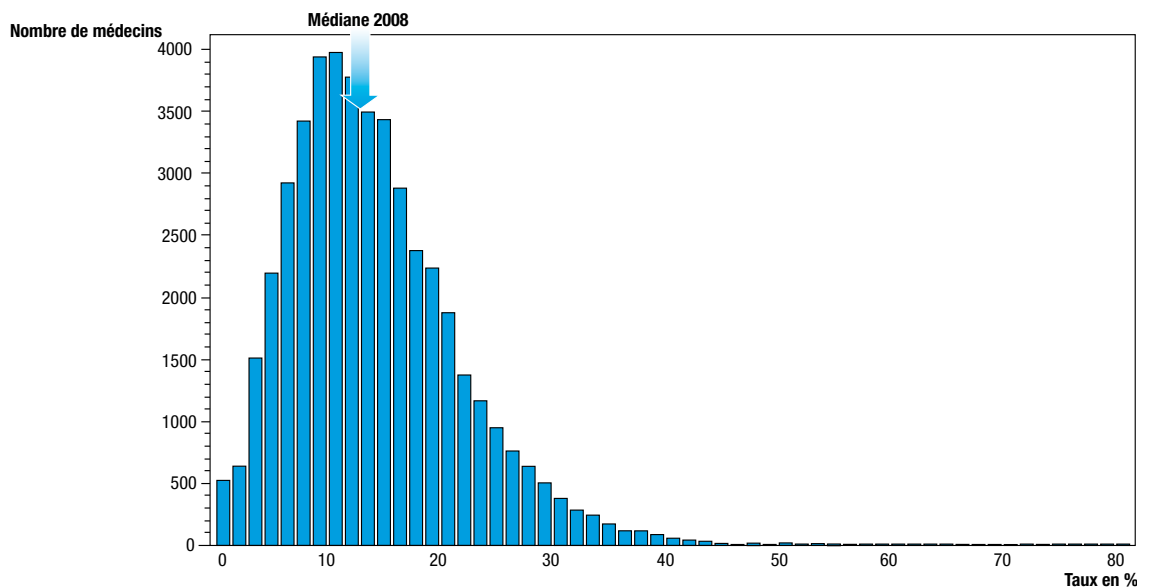


Figure 1. Distribution des médecins traitants selon le taux de personnes (> 65 ans) de la patientèle « médecin traitant » ayant bénéficié d'une prescription de vasodilatateurs cérébraux ou périphériques (2008, France entière – médecins avec au moins 20 patients « médecin traitant »)

INDICATEUR ET OBJECTIF CIBLE

L'indicateur choisi est le nombre de patients âgés de plus de 65 ans, ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » et traités par vasodilatateurs, rapporté au nombre de patients âgés de plus de 65 ans ayant désigné le médecin comme « médecin traitant ».

→ Objectif cible à 3 ans :
7% au plus de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs

ÉTAT DES PRATIQUES

D'une manière générale, comme l'indique la Haute Autorité de santé, l'usage des psychotropes chez le sujet âgé en France est inapproprié et souvent délétère⁽²³⁾. Les benzodiazépines en particulier, dont il est fait un large usage en France, sont souvent prescrites de manière inappropriée (« misuse »), notamment chez les personnes âgées. Ainsi, a-t-il été constaté un taux de 9,2% de patients âgés recevant des benzodiazépines à demi-vie longue (> 20h) qui, selon toutes les recommandations actuelles, ne devraient pas leur être prescrites^(8,16,22).

En 2008, en France, parmi les patients de plus de 65 ans suivis par des médecins traitants (au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale), 15,5% en moyenne consomment des benzodiazépines à demi-vie longue. La médiane, ici identique à la moyenne, indique qu'un médecin sur deux est au-dessus (ou au-dessous) de cette valeur (cf. figure 2).

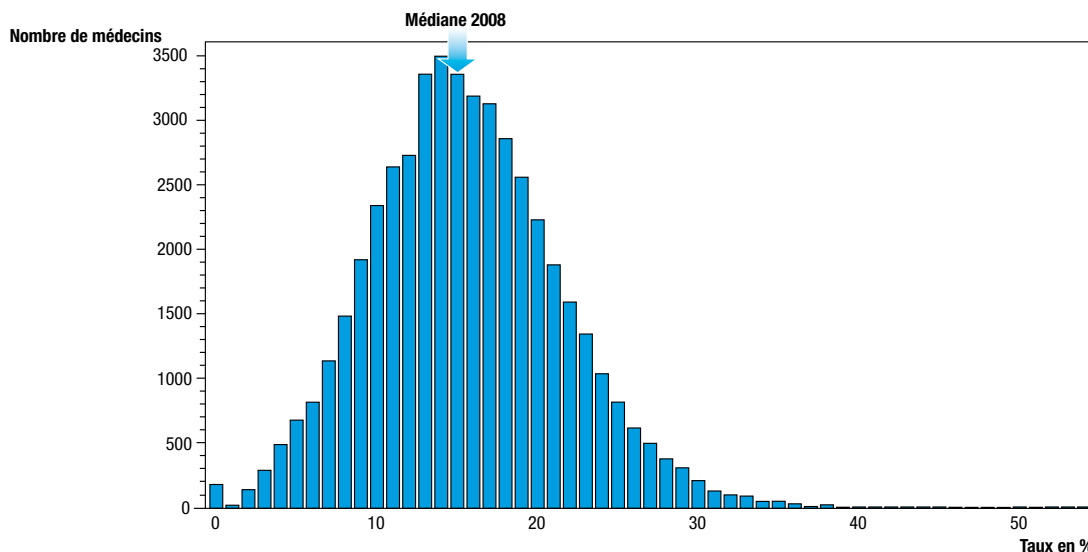


Figure 2

Distribution des médecins traitants selon le taux de personnes (> 65 ans) de la patientèle « médecin traitant » ayant bénéficié d'une prescription de benzodiazépines à demi-vie longue (2008, France entière – médecins avec au moins 20 patients « médecin traitant »)

INDICATEUR ET OBJECTIF CIBLE

L'indicateur choisi est le nombre de patients âgés de plus de 65 ans, ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » et traités par benzodiazépines à demi-vie longue (> 20h), rapporté au nombre de patients âgés de plus de 65 ans ayant désigné le médecin comme « médecin traitant ».

→ Objectif cible à 3 ans :
5% au plus de patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue

- (1) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JO 11 août).
- (2) Yvain F et al. Chute de la personne âgée ambulatoire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de médecine Akos, 3-1084, 2007.
- (3) Blain H et al. Rôle des médicaments dans les chutes des sujets âgés. Presse Med 2000 ; 29, 12 : 673-80.
- (4) Haute Autorité de santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS, novembre 2005. (www.has-sante.fr).
- (5) Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003 ; 348 : 43-9.
- (6) Sabban C, Courtois J. Comparaison européenne sur huit classes de médicaments. Paris : CNAMTS 2007, Points de repère n° 12 (www.ameli.fr).
- (7) Doucet J, Queneau P. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés. Bull Acad Natle Med 2005 ; 189 : 1693-709.
- (8) Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance. Paris : Haute Autorité de santé, 2005. (www.has-sante.fr).

- (9) Carbonin P et al. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients ? J Am Geriatr Soc 1991; 39: 1093-9.
- (10) Queneau P et al. Accidents médicamenteux. A propos d'une étude rétrospective de l'Apnet réalisée dans sept services d'accueil et d'urgences français. Propositions pour des mesures préventives. Séance thématique biacadémique : le médicament (2e partie). Ann Pharm Fr 2005 ; 63 : 131-42.
- (11) Legrain S. Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l'« underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance. Bull Acad Natle Med 2007 ; 191, 2 : 259-70.
- (12) Gurwitz JH et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003; 289: 1107-16.
- (13) Michel Ph et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et Résultats 2005 ; n° 398, 16 pages. (www.sante.gouv.fr).
- (14) Queneau P et al. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Bull Acad Natle Med 2007 ; 191, 2 : 271-85.
- (15) Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de dé-prescrire ». Presse Med 2004 ; 33 : 583-5.
- (16) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point. Paris : AFSSAPS, juin 2005 (www.afssaps.fr).
- (17) Haute Autorité de santé. Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans poly pathologique). Paris : HAS, 2006. (www.has-sante.fr).
- (18) Haute Autorité de santé. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Guide Affection de longue durée. Paris : HAS, mars 2007. (www.has-sante.fr).
- (19) Ferchichi S, Antoine V. le bon usage des médicaments chez la personne âgée. Rev Med Int 2004 ; 25 : 582-90.
- (20) Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO 30 mars).
- (21) Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO 3 mai).
- (22) Lechevallier-Michel N et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a communitydwelling elderly population : results from the 3C Study. Eur J clin Pharmacol 2005 ; 60 : 813-9.
- (23) Haute Autorité de santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le patient âgé. Propositions d'actions concertées. Paris : HAS, octobre 2007 (www.has-sante.fr).