

## Règles d'or pour prescrire des médicaments aux aînés

Audrée Anne Duchesneau et Caroline Dostie



**Vous voulez prescrire... ?  
Lisez ce qui suit !**

Une étude<sup>1</sup> a révélé que 28 % de toutes les visites à l'urgence sont attribuables aux médicaments et que, de cette proportion, plus de 24 % ont nécessité une hospitalisation. Cette même étude a montré que 70 % de ces consultations auraient pu être évitées. Il y a donc place à l'amélioration.

La consommation de médicaments est en hausse chez les personnes de plus de 65 ans, principalement en raison des maladies chroniques<sup>1</sup>. Ce phénomène entraîne un risque accru de polypharmacie (*encadré 1*). Les modifications physiologiques et pathologiques se produisant chez la personne âgée rendent cette dernière plus sensible à l'action des molécules et aux effets indésirables potentiels.

La polypharmacie est un facteur de risque considérable de chutes chez la personne âgée. Au Québec, les chutes figurent parmi les causes les plus importantes de décès par traumatisme<sup>1</sup>. De plus, la polypharmacie est responsable d'une émergence des grands syndromes gériatriques, augmentant ainsi la morbidité et la mortalité chez les aînés<sup>2</sup>.

### Encadré 1

#### La polypharmacie<sup>2</sup>

- Prise de deux médicaments ou plus pour un même problème de santé
- Prise de deux médicaments ou plus de la même classe ou ayant une action pharmacologique semblable
- Utilisation inappropriée de plusieurs médicaments

M<sup>me</sup> Audrée Anne Duchesneau est pharmacienne au CSSS de Trois-Rivières. La D<sup>re</sup> Caroline Dostie, omnipraticienne, exerce à l'unité de médecine familiale du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

### Encadré 2

#### Les huit règles d'or de la prescription de médicaments aux personnes âgées<sup>3</sup>

1. Évaluer périodiquement la liste des médicaments
2. Cesser les médicaments qui ne sont pas nécessaires
3. Toujours considérer un nouveau symptôme comme un effet indésirable possible
4. Penser à intégrer les approches non pharmacologiques
5. Choisir des options plus sûres
6. Commencer par des doses plus faibles et ajuster selon la réaction du patient
7. Prescrire le médicament approprié
8. Prévenir l'inobservance



#### Quelques outils pour vous aider à prescrire...

Nous vous proposons une approche méthodique pour prescrire des médicaments aux personnes âgées selon certaines étapes (*encadré 2*).

#### 1. Évaluer périodiquement la liste des médicaments

Dressez la liste complète des médicaments, d'ordonnance ou non, de produits naturels, de vitamines, etc., et n'oubliez pas de demander à la personne s'il lui arrive parfois de prendre les médicaments de quel qu'un d'autre (ex. : somnifère). Vérifiez comment le patient prend chacun de ses médicaments. Le pharmacien d'officine peut s'avérer une ressource intéressante pour obtenir une liste à jour ainsi qu'un aperçu de l'observance au traitement.

#### 2. Cesser les médicaments non nécessaires

Demandez-vous si ce médicament est toujours approprié ou quand le patient peut cesser de le prendre.

**Tableau 1****Médicaments inappropriés en gériatrie (critères de Beers)<sup>2</sup>**

Classe	Médicaments à éviter	Justification
Analgésiques narcotiques	Mépidine, pentazocine	Davantage d'effets centraux : delirium, hallucinations, risque de convulsions (mépidine)
Anticholinergiques	Antihistaminiques de première génération, antiparkinsoniens, antispasmodiques	Delirium, rétention urinaire, constipation et autres effets anticholinergiques
Antidépresseurs tricycliques (amines tertiaires)	Amitriptyline, imipramine, doxépine, trimipramine	Effets anticholinergiques et sédatifs, hypotension orthostatique
Antiémétiques	Métoclopramide	Effets anticholinergiques et extrapyramidaux
AINS à libération prolongée	Indométhacine, naproxène, piroxicam, etc.	Hémorragies digestives, insuffisance rénale, hypertension, insuffisance cardiaque
Antihypertenseurs	Clonidine, méthylodopa, propranolol, réserpine	Effets centraux : dépression, hypotension orthostatique
Benzodiazépines à longue demi-vie	Flurazépam, diazépam, bromazépam, chlórdiazépoxide	Delirium, troubles de l'équilibre, chutes et fractures
Relaxants musculaires	Cyclobenzapriline, orphénadrine, méthocarbamol	Manque d'efficacité, effets sédatifs et anticholinergiques importants.

Source : Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie. *Pharmactuel* 2008 ; 41 (suppl. 1) : p. 18. Reproduction autorisée.

### 3. Toujours considérer un nouveau symptôme comme un effet indésirable possible du traitement médicamenteux

La cascade médicamenteuse survient lorsqu'une molécule est prescrite et qu'un effet indésirable s'ensuit. Ce dernier est interprété comme un nouveau symptôme entraînant la prescription d'un autre médicament, ce qui expose le patient au risque de subir un autre effet indésirable qui pourrait, lui aussi, être interprété comme un nouveau problème, d'où l'effet de cascade (ex. : inhibiteur de l'acétylcholinestérase  $\Rightarrow$  diarrhée + incontinence urinaire  $\Rightarrow$  oxybutynine  $\Rightarrow$  augmentation de la confusion + chute  $\Rightarrow$  fracture).

### 4. Penser à utiliser des approches non pharmacologiques

### 5. Opter pour des médicaments plus sûrs (ex. : acétaminophène au lieu d'AINS)

### 6. Commencer par des doses plus faibles (start low) et ajuster au besoin selon la réaction de la personne âgée (go slow)

Chez la personne âgée, une augmentation des effets indésirables survient à la suite des modifications des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments (absorption, distribution, métabolisme, élimination)<sup>2</sup>.

### 7. Prescrire le médicament approprié

Les médicaments potentiellement inappropriés sont :

- ⊗ ceux dont le rapport avantages/risques est défavorable ;
- ⊗ ceux dont l'efficacité est jugée douteuse par rapport à d'autres solutions thérapeutiques plus sûres ;
- ⊗ ceux qui sont prescrits pour une durée trop longue ou trop courte ;
- ⊗ plusieurs molécules ayant des propriétés anticholinergiques ;
- ⊗ plusieurs molécules agissant sur le système nerveux central.

Un grand nombre d'experts tentent d'établir des critères pour guider le médecin dans ses habitudes de prescription chez la personne âgée. Beers et ses collaborateurs ont publié une liste des médicaments et classes de médicaments considérés comme inappro-

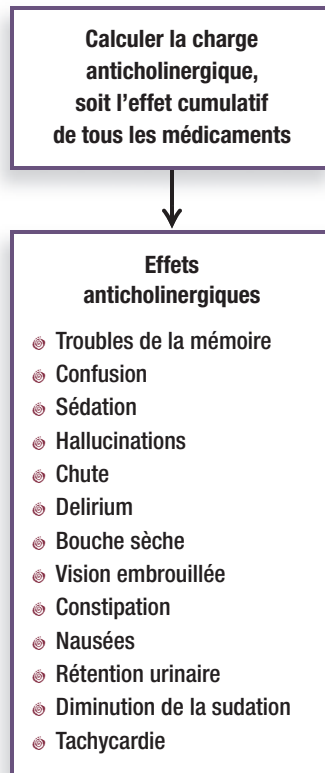
priés chez la personne de 65 ans et plus<sup>3</sup>. Le site <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/22/2716><sup>4</sup> et le *tableau I* illustrent plusieurs médicaments inappropriés en gériatrie<sup>2</sup>.

Une autre approche d'actualité consiste à évaluer la charge anticholinergique (*tableau II*)<sup>5</sup>, soit l'effet cumulatif de la prise de tous les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques. Le vieillissement entraîne un affaiblissement du système cholinergique, rendant ainsi la clientèle gériatrique plus vulnérable aux effets anticholinergiques qui sont souvent associés à une diminution de la mobilité et des fonctions cognitives : trouble de la mémoire, confusion, sédation, hallucinations, chute, delirium, bouche sèche, vision embrouillée, constipation, nausées, rétention urinaire, diminution de la sudation et tachycardie. D'ailleurs, des études scientifiques récentes confirment un lien entre le recours à des médicaments anticholinergiques par les personnes âgées et une diminution des fonctions physiques et cognitives<sup>6-8</sup>.

Plusieurs recherches portent actuellement sur l'établissement d'une échelle permettant une cotation de l'activité anticholinergique de chaque médicament<sup>9</sup>. Cependant, plusieurs facteurs limitent l'utilisation de ces échelles pour un usage clinique (ex. : activité anticholinergique *in vitro* par rapport à *in vivo*, activités des métabolites non étudiés, difficulté d'évaluer la quantité de médicament qui traverse la barrière hématoencéphalique). Le site suivant est un exemple d'échelle utilisée dans l'évaluation de la charge anticholinergique ([www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard\\_Health\\_Letter/2009/November/anticholinergic-cognitive-burden-scale](http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Health_Letter/2009/November/anticholinergic-cognitive-burden-scale)). Les listes répertoriant les agents à potentiel anticholinergique ne sont pas exhaustives. En effet, plusieurs médicaments couramment employés en gériatrie n'y sont pas inclus, ce qui limite par

## Tableau II

### Charge anticholinergique des médicaments<sup>5</sup>



aides techniques (pilulier quotidien, hebdomadaire, etc.). L'observance étant fortement liée au nombre et aux doses de médicaments à prendre, il faut simplifier le schéma thérapeutique lorsque c'est possible en favorisant, par exemple, une préparation à libération prolongée (une fois par jour) plutôt qu'immédiate (de deux à quatre fois par jour) ou une association médicamenteuse (IECA + diurétique).



### Les pièges à éviter...

Le médecin ne doit jamais présumer que le patient respecte son traitement médicamenteux. Il ne doit pas hésiter à téléphoner à la pharmacie pour savoir si le patient fait renouveler régulièrement son ordonnance. Il peut même parfois être appelé à compter le nombre de comprimés afin de vérifier l'observance. Un inhibiteur de la cholinestérase, par exemple, ne fera pas effet si le patient ne le prend pas de façon régulière. 📞

le fait même l'évaluation complète de la liste des médicaments d'un patient. Bien que les échelles anticholinergiques soient tout de même des outils de travail intéressants pour évaluer la charge anticholinergique d'un patient, elles ne doivent pas se substituer au jugement du clinicien.

## 8. Prévenir l'inobservance

Il est toujours important, avant de modifier la posologie ou d'augmenter les doses, de vérifier si le patient prend bien son médicament. Il arrive fréquemment que des patients âgés chutent pour cause d'hypotension orthostatique, leur traitement antihypertenseur étant ajusté sur des valeurs de pression artérielle élevées du fait qu'ils prennent leurs comprimés de façon erratique.

L'observance du traitement médicamenteux est un problème réel chez près de la moitié des personnes âgées. Pour la faciliter, il est parfois utile d'utiliser des



### Ce que vous devez retenir...

- ⊗ La prescription de médicaments aux personnes âgées est une tâche complexe. Par conséquent, une approche méthodique et une remise en question périodique de la pertinence des agents prescrits sont à favoriser.

## Bibliographie

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse en bref* 2007 ; septembre : 1-31.
2. Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie. *Pharmactuel* 2008 ; 41 (suppl. 1) : 11-25. Site Internet : [www.pharmactuel.com/sommaires/2008s1-2.pdf](http://www.pharmactuel.com/sommaires/2008s1-2.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).
3. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 (14) : 1531-6.
4. Fick DM, Cooper JW, Wade WE et coll. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 2003 ; 163 (22) : 2716-25. Site Internet : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/22/2716> (Date de consultation : octobre 2010).
5. Rochon PA. Drug prescribing for older adults. Site Internet : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (Date de consultation : le 8 juillet 2010).
6. Han L, Agostini JV, Allore HG. Cumulative anticholinergic exposure is associated with poor memory and executive function in older men. *J Am Geriatr Soc* 2008 ; 56 (12) : 2203-10.
7. Landi F. Anticholinergic drugs and physical function among frail elderly population. *Clin Pharm Ther* 2007 ; 81 : 235-41.
8. Carriere I, Fourrier-Reglat A, Dartigues JF et coll. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Arch Intern Med* 2009 ; 169 (14) : 1317-24.
9. Boily MJ, Mallet L. Comment évaluer la charge anticholinergique ? *Pharmactuel* 2008 ; 41 (suppl. 1) : 32-6. Site Internet : [www.pharmactuel.com/sommaires/2008s1-4.pdf](http://www.pharmactuel.com/sommaires/2008s1-4.pdf) (Date de consultation : le 15 octobre 2010).

## Lectures suggérées

- ⊗ Mallet L, Grenier L, Guimond J et coll. *Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2003.
- ⊗ Champoux N. Toute bonne ordonnance a une fin. Le retrait des médicaments devenus superflus. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (8) : 21-6.
- ⊗ Maillé M. La polymédication chez la personne âgée, reconnaître les effets secondaires. *Perspective infirmière* 2010 ; 7 (3) : 37-9.
- ⊗ Howard M, Dolovich L, Kaczorowski J et coll. Prescribing of potentially inappropriate medications to elderly people. *Fam Pract* 2004 ; 21 (3) : 244-7.

Avant de prescrire un médicament, consultez les renseignements thérapeutiques publiés par les fabricants pour connaître la posologie, les mises en garde, les contre-indications et les critères de sélection des patients.