# Élaboration d'outils pour l'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée hospitalisée

A. Brutel[1]; C Derharoutunian[1]; E. Kiledjian[2]; A. Gadot[1]; M. Hellot-Guersing[1]; C. Jarre[1]; R. Roubille[1]; H. Galtier[1];
[1]Pharmacie ; [2]Gériatrie, CH Lucien Hussel, 38200 Vienne.

## Contexte

Les personnes âgées, souvent sujettes à la polypathologie et à la polymédication, sont particulièrement exposées au risque iatrogène. Le manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé 2011 met d'ailleurs en avant la nécessité d'optimiser la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés (critère 20b).

## Objectif

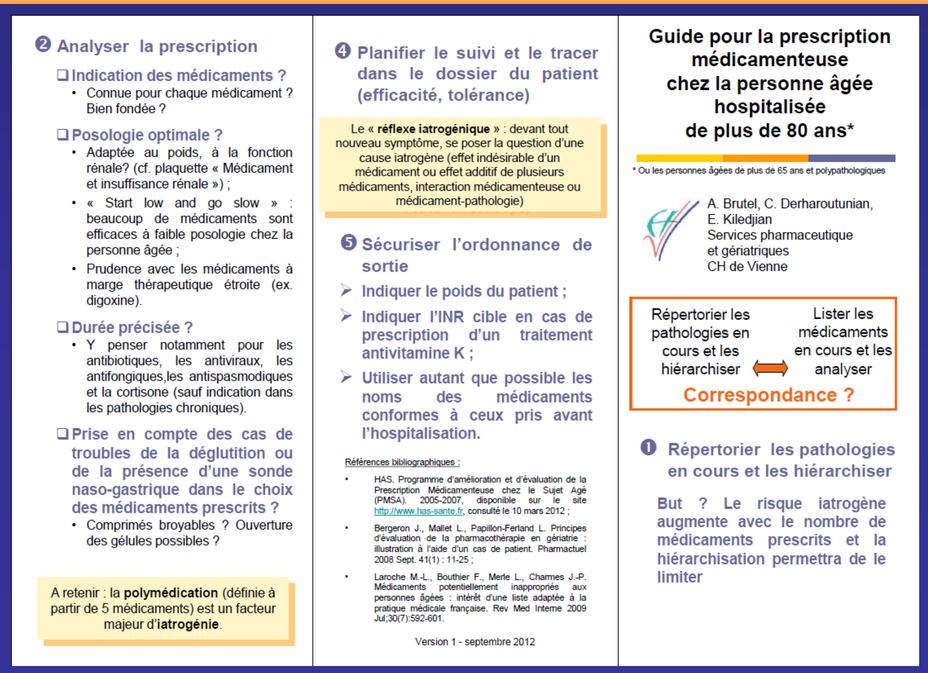
Ce travail a eu pour but d'élaborer des outils d'aide à la prescription médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 80 ans et à son analyse pharmaceutique, en vue de son optimisation.

## Matériels et Méthodes

Après évaluation des pratiques de prescription par un audit clinique, trois outils ont été créés à partir des résultats obtenus et des données de la littérature, avec l'aide des gériatres.

## Résultats

Le premier outil est un guide destiné aux médecins. Il reprend les étapes essentielles pour une prescription optimisée chez le sujet âgé et liste l'ensemble des médicaments du livret thérapeutique de l'établissement pouvant être considérés comme inappropriés selon la liste de Laroche et al. La taille de ce dépliant à 3 volets permet au praticien de le conserver facilement dans la poche de sa blouse.



❷ Analyser la prescription

❑ Indication des médicaments ?
- Connue pour chaque médicament ? Bien fondée ?

❑ Posologie optimale ?
- Adaptée au poids, à la fonction rénale? (cf. plaquette « Médicament et insuffisance rénale ») ;
- « Start low and go slow » : beaucoup de médicaments sont efficaces à faible posologie chez la personne âgée ;
- Prudence avec les médicaments à marge thérapeutique étroite (ex. digoxine).

❑ Durée précisée ?
- Y penser notamment pour les antibiotiques, les antiviraux, les antifongiques,les antispasmodiques et la cortisone (sauf indication dans les pathologies chroniques).

❑ Prise en compte des cas de troubles de la déglutition ou de la présence d'une sonde naso-gastrique dans le choix des médicaments prescrits ?
- Comprimés broyables ? Ouverture des gélules possibles ?

A retenir : la **polymédication** (définie à partir de 5 médicaments) est un facteur majeur d'**iatrogénie**.

❹ Planifier le suivi et le tracer dans le dossier du patient (efficacité, tolérance)

Le « **réflexe iatrogénique** » : devant tout nouveau symptôme, se poser la question d'une cause iatrogène (effet indésirable d'un médicament ou effet additif de plusieurs médicaments, interaction médicamenteuse ou médicament-pathologie)

❺ Sécuriser l'ordonnance de sortie

➢ Indiquer le poids du patient ;

➢ Indiquer l'INR cible en cas de prescription d'un traitement antivitamine K ;

➢ Utiliser autant que possible les noms des médicaments conformes à ceux pris avant l'hospitalisation.

Références bibliographiques :

- HAS. Programme d'amélioration et d'évaluation de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA). 2005-2007, disponible sur le site http://www.has-sante.fr, consulté le 10 mars 2012 ;
- Bergeron J., Mallet L., Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie : illustration à l'aide d'un cas de patient. Pharmactuel 2008 Sept. 41(1) : 11-25 ;
- Laroche M.-L., Bouthier F., Merle L., Charmes J.-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Interne 2009 Jul;30(7):592-601.

Version 1 - septembre 2012

Guide pour la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée de plus de 80 ans*

* Ou les personnes âgées de plus de 65 ans et polypathologiques

A. Brutel, C. Derharoutunian, E. Kiledjian
Services pharmaceutique et gériatriques
CH de Vienne

Répertorier les pathologies en cours et les hiérarchiser ⟺ Lister les médicaments en cours et les analyser

Correspondance ?

❶ Répertorier les pathologies en cours et les hiérarchiser

But ? Le risque iatrogène augmente avec le nombre de médicaments prescrits et la hiérarchisation permettra de le limiter

❸ Correspondance pathologies-médicaments ?

« Traquer » :

❑ Les excès de traitements ou « overuse »
- Les « doublons »
  - Prescription conjointe de 2 médicaments de la même classe thérapeutique (ex. 2 antihypertenseurs) ou ayant des effets indésirables similaires (ex. 2 psychotropes)
- Les « cascades médicamenteuses »
  - Médicament introduit pour traiter un symptôme interprété comme une nouvelle maladie alors qu'il s'agit d'un effet indésirable d'un autre médicament
- Les médicaments à efficacité discutable
  - Ex. les vasodilatateurs cérébraux (naftidrofuryl, piribédil, piracétam, dihydroergocryptine + caféine), …

❑ Les insuffisances de traitement ou « underuse »
- Ex. inhibiteur de l'enzyme de conversion ou antagoniste de l'angiotensine dans l'insuffisance cardiaque

❑ Les prescriptions inappropriées ou « misuse »

➢ Observées lorsque les risques liés au traitement dépassent les bénéfices attendus
- Les interactions médicamenteuses et les interactions médicament-pathologie (ex. médicaments ayant des effets anticholinergiques en cas de déclin cognitif)
- Les médicaments «potentiellement inappropriés chez la personne âgée» (MPI)

MPI à éviter (les personnes âgées y étant plus sensible), mais pas pour autant contre-indiqués: possibilité de les prescrire dans un contexte clinique particulier à partir du moment où le rapport bénéfice/risque est bien évalué

MPI chez la personne âgée (inscrits au livret thérapeutique du CH de Vienne)

❖ Médicaments ayant des effets anticholinergiques

➢ Risque plus important de confusion, sédation, chutes, tachycardie, rétention urinaire, glaucome aigu et constipation (majoré si démence, hypertrophie de la prostate, glaucome ou constipation chronique)
- Antidépresseurs imipraminiques
  clomipramine, amitriptyline, maprotiline, doxépine (préférer les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)
- Neuroleptiques phénothiazines
  chlorpromazine, pipotiazine, propériciazine, lévomépromazine, cyamémazine (préférer les neuroleptiques d'autres classes avec effets anticholinergiques moindres : ex. rispéridone, clozapine, olanzapine, amisulpride)
- Certains antihistaminiques H1 à visée hypnotique ou antiallergique
  alimémazine, méquitazine, hydroxyzine, cyproheptadine, dexchlorphéniramine, (préférer comme hypnotique une benzodiazépine ou un apparenté à demi-vie courte et à posologie réduite et comme antiallergique la lévocétirizine)
- Certains antinauséeux métopimazine, alizapride (préférer dompéridone)
- Certains antispasmodiques
  - À visée urinaire : oxybutinine (préférer le trospium)
  - À visée gastro-intestinale : tiémonium, (préférer phloroglucinol, mébévérine)

❖ Nitrofurantoïne dans le traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée (risque majoré d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique, de toxicité hépatique). Préférer un antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme.

❖ Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (⩾20 heures)
Ex. bromazépam, diazépam, prazépam, clobazam, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate dipotassique

Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute…)

➢ Préférer une benzodiazépine à demi-vie courte ou intermédiaire (ex. lorazépam, oxazépam, alprazolam, loprazolam) ou un apparenté (zopiclone, zolpidem) à posologie réduite

❖ Antihypertenseurs à action centrale
Méthyldopa, clonidine, rilménidine (effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope)

❖ Inhibiteurs calciques à libération immédiate
Nicardipine (hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral)

❖ Cimétidine
Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres antihistaminique H2. Préférer les inhibiteurs de pompe à protons, voire d'autres antihistaminiques H2 (ex. ranitidine)

❖ Laxatifs stimulants
Bisacodyl, docusate sodique (exacerbation de l'irritation colique, préférer les laxatifs osmotiques)

❖ Autres relaxants musculaires (sans effet anticholinergique)
Baclofène, tétrazépam (somnolence, chute voire troubles mnésiques pour le tétrazépam, préférer le thiocolchicoside)

❖ Dipyridamole
Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique (préférer un autre antiagrégant plaquettaire sauf ticlopidine)

Le deuxième outil formule des recommandations d'adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale pour l'ensemble des médicaments du livret thérapeutique pouvant nécessiter un tel ajustement, d'après le Résumé des Caractéristiques Produit, voire le Guide Prescription et Rein proposé par le service ICAR de la Pitié-Salpêtrière en cas de données peu précises. Le but de ce livret est d'inciter les prescripteurs à prendre en compte la fonction rénale dans leurs prescriptions.

A. Brutel,
C. Derharoutunian
Pharmacie CH de Vienne

Médicaments et insuffisance rénale

Recommandations pour l'adaptation des posologies à la fonction rénale chez l'adulte

Médicaments antibiotiques p.2
Médicaments antivirraux et antifongiques p.4
Antidiabétiques oraux p.5
Médicaments du système nerveux p.6
Médicaments de rhumatologie, antalgiques et antiinflammatoires p.7
Médicaments cardio-vasculaires p.8
Autres médicaments p.10
Médicaments ne nécessitant pas d'adaptation posologique chez l'insuffisant rénal p.11

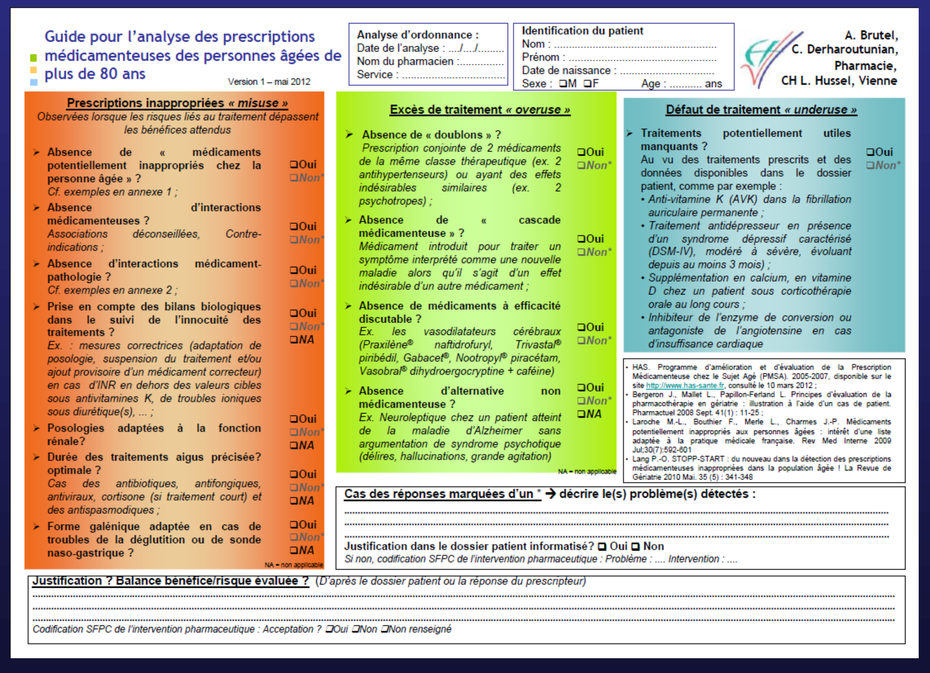
Version 1 - septembre 2012

Extrait du livret

| Médicaments antibiotiques | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDICAMENTS | | CLAIRANCE A LA CREATININE en ml/min | | | | | | | |
| Spécialités<br>DCI | | 0 à 10 | 11 à 15 | 16 à 20 | 21 à 30 | 31 à 40 | 41 à 50 | 51 à 60 | 61 à 70 | 71 à 80 |
| AMIKACINE®<br>*Amikacine* | | Dc = 15-30mg/kg/j comme pour le sujet normo-rénal (de préférence 15mg/kg/j si personne âgée ou facteurs risquant d'augmenter la toxicité rénale) puis De adaptée aux résultats des dosages sériques. Surveiller la fonction rénale. Réinjecter seulement si la concentration résiduelle est inférieure au seuil de toxicité (<2,5mg/l) [1] | | | | | | | |
| AMOXICILLINE/<br>AC. CLAVULANIQUE® IV | | Dc=1g puis De = 500mg /24h [1] | Dc=1g puis 500mg*2/24h [1] | | | Posologie usuelle [1] | | | |
| AMOXICILLINE/<br>AC. CLAVULANIQUE® PO | | 500 à 750mg toutes les 24h [1] | | 500mg toutes les 8 à 12h [1] | | Posologie usuelle [1] | | | |
| BACTRIM® IV et PO<br>*Sulfamethoxazole et trimethoprime* | Si infections autres qu'à Pneumocystis carinii | 800 mg après chaque dialyse [2] | | 800 mg toutes les 24h [1] | | Posologie usuelle [1] | | | |
| CEFOTAXIME®<br>*Cefotaxime* | Infection sévère | 3 g toutes les 24 heures [2] | | 2 g toutes les 8 heures [2] | | 2 g toutes les 6 heures [2] | | Posologie usuelle [2] | |
| | Autre infection | 750 mg toutes les 24h [2] | | 750 mg toutes les 12h [2] | | 1 g toutes les 12h [2] | | Posologie usuelle [1] | |
| CEFPODOXIME®<br>Cefpodoxime | | 100 à 200mg toutes les 24h [2] | | | | 100 à 200mg toutes les 12 à 24h [2] | | Posologie usuelle [1] | |
| CEFTRIAXONE®<br>Ceftriaxone | | 1 à 2 g après chaque séance de dialyse [2] | | Posologie usuelle [1] | | | | | |
| CIPROFLOXACINE® IV<br>Ciprofloxacine | | 200mg à 400mg toutes les 24h [1] | | | | 200mg à 400mg toutes les 12h [1] | | Posologie usuelle [1] | |
| CIPROFLOXACINE® PO<br>Ciprofloxacine | | 250mg à 500mg toutes les 24h [1] | | | | 250 à 500mg toutes les 12h [1] | | Posologie usuelle [1] | |
| CLAMOXYL® IV<br>*Amoxicilline* | Infection sévère | Dc=1g puis De=500mg à 3g/j [1] | | Dc=1g puis De=1à 6g/24h [1] | | Posologie usuelle [1] | | | |
| | Autre infection | Dc=1g puis De=500m g/24h [1] | Dc=1g puis De=500mg*2/j [1] | | | Posologie usuelle [1] | | | |
| CLAMOXYL® PO<br>*Amoxicilline* | | Dc usuelle puis De/2 toutes les 24h [1] | Dc usuelle puis De/2 toutes les 12h [1] | | | Posologie usuelle [1] | | | |
| CLAVENTIN®<br>*Ticarcilline+Acide clavulanique* | | 1,5g/100 mg toutes les 24h [1] | 3g/200mg toutes les 12h [1] | | | Posologie usuelle [1] | | | |
| COLIMYCINE®<br>*Colistine* | | 1 000 000 UI après chaque séance d'hémodialyse [2] | | 15 000 à 30 000 UI/kg/jour [2] | | Posologie usuelle [1] | | | |
| ERYTHROCINE® IV<br>*Erythromycine* | | 1 g toutes les 8 à 24 h [2] | | Posologie usuelle [1] | | | | | |
| FLAGYL® PO/IV<br>*Metronidazole* | | 250mg toutes les 8 à 12h [1] | | Posologie usuelle [1] | | | | | |
| FORTUMSET®<br>*Ceftazidime* | Infection peu sévère | 1 g après chaque séance de dialyse [2] | | 1 g toutes les 24 h [1] | | 1 à 2 g toutes les 24 h [1] | | Posologie usuelle [1] | |
| | Infection sévère | Dc=2g puis 2 g après chaque séance de dialyse [2] | | Dc=2g ; De= 1 g toutes les 24h [1] | | Dc=2g puis De= 1 à 3 g toutes les 24 h [1] | | Posologie usuelle [1] | |

- 2 -

Le troisième outil est une check-list à destination des pharmaciens, qui liste les différents éléments à vérifier lors de l'analyse de prescriptions de personnes âgées. Un encart permet d'y préciser tout problème détecté et le résultat de l'intervention pharmaceutique. Au verso de cette plaquette sont rappelés les médicaments du livret thérapeutique pouvant être inappropriés selon la liste de Laroche et al.



Guide pour l'analyse des prescriptions médicamenteuses des personnes âgées de plus de 80 ans
Version 1 – mai 2012

Analyse d'ordonnance :
Date de l'analyse : …/…/……
Nom du pharmacien :……
Service : ……

Identification du patient
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Sexe : ❑M ❑F Age : …… ans

A. Brutel,
C. Derharoutunian,
Pharmacie,
CH L. Hussel, Vienne

**Prescriptions inappropriées « *misuse* »**
*Observées lorsque les risques liés au traitement dépassent les bénéfices attendus*

- Absence de « médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée » ? ❑Oui ❑Non*
  *Cf. exemples en annexe 1 ;*
- Absence d'interactions médicamenteuses ? ❑Oui ❑Non*
  *Associations déconseillées, Contre-indications ;*
- Absence d'interactions médicament-pathologie ? ❑Oui ❑Non*
  *Cf. exemples en annexe 2 ;*
- Prise en compte des bilans biologiques dans le suivi de l'innocuité des traitements ? ❑Oui ❑Non* ❑NA
  *Ex. : mesures correctrices (adaptation de posologie, suspension du traitement et/ou ajout provisoire d'un médicament correcteur) en cas d'INR en dehors des valeurs cibles sous antivitamines K, de troubles ioniques sous diurétique(s), … ;*
- Posologies adaptées à la fonction rénale? ❑Oui ❑Non* ❑NA
- Durée des traitements aigus précisée? optimale ? ❑Oui ❑Non* ❑NA
  *Cas des antibiotiques, antifongiques, antiviraux, cortisone (si traitement court) et des antispasmodiques ;*
- Forme galénique adaptée en cas de troubles de la déglutition ou de sonde naso-gastrique ? ❑Oui ❑Non* ❑NA

NA = non applicable

**Excès de traitement « *overuse* »**

- Absence de « doublons » ? ❑Oui ❑Non*
  *Prescription conjointe de 2 médicaments de la même classe thérapeutique (ex. 2 antihypertenseurs) ou ayant des effets indésirables similaires (ex. 2 psychotropes) ;*
- Absence de « cascade médicamenteuse » ? ❑Oui ❑Non*
  *Médicament introduit pour traiter un symptôme interprété comme une nouvelle maladie alors qu'il s'agit d'un effet indésirable d'un autre médicament ;*
- Absence de médicaments à efficacité discutable ? ❑Oui ❑Non*
  *Ex. les vasodilatateurs cérébraux (Praxilène® naftidrofuryl, Trivastal® piribédil, Gabacet®, Nootropyl® piracétam, Vasobral® dihydroergocryptine + caféine)*
- Absence d'alternative non médicamenteuse ? ❑Oui ❑Non* ❑NA
  *Ex. Neuroleptique chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer sans argumentation de syndrome psychotique (délires, hallucinations, grande agitation)*

**Défaut de traitement « *underuse* »**

- Traitements potentiellement utiles manquants ? ❑Oui ❑Non*
  Au vu des traitements prescrits et des données disponibles dans le dossier patient, comme par exemple :
  - *Anti-vitamine K (AVK) dans la fibrillation auriculaire permanente ;*
  - *Traitement antidépresseur en présence d'un syndrome dépressif caractérisé (DSM-IV), modéré à sévère, évoluant depuis au moins 3 mois) ;*
  - *Supplémentation en calcium, en vitamine D chez un patient sous corticothérapie orale au long cours ;*
  - *Inhibiteur de l'enzyme de conversion ou antagoniste de l'angiotensine en cas d'insuffisance cardiaque*

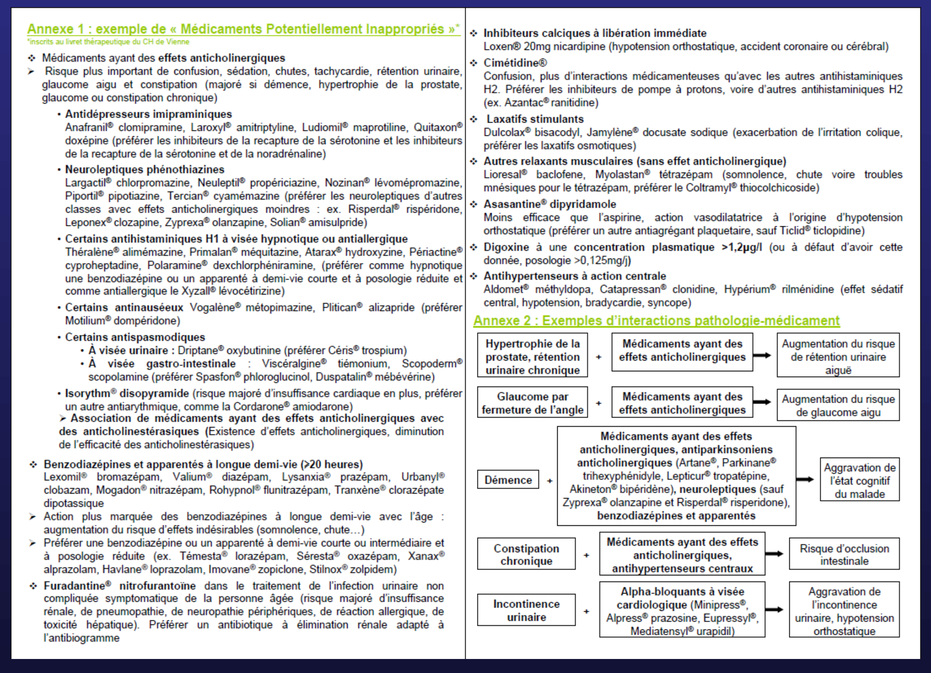

- HAS. Programme d'amélioration et d'évaluation de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA). 2005-2007, disponible sur le site http://www.has-sante.fr, consulté le 10 mars 2012 ;
- Bergeron J., Mallet L., Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie : illustration à l'aide d'un cas de patient. Pharmactuel 2008 Sept. 41(1) : 11-25 ;
- Laroche M.-L., Bouthier F., Merle L., Charmes J.-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Interne 2009 Jul;30(7):592-601
- Lang P.-O. STOPP-START : du nouveau dans la détection des prescriptions médicamenteuses inappropriées dans la population âgée ! La Revue de Gériatrie 2010 Mai. 35 (5) : 341-348


**Cas des réponses marquées d'un * → décrire le(s) problème(s) détectés :**
……
……
……

Justification dans le dossier patient informatisé? ❑ Oui ❑ Non
*Si non, codification SFPC de l'intervention pharmaceutique : Problème : …. Intervention : ….*

**Justification ? Balance bénéfice/risque évaluée ?** *(D'après le dossier patient ou la réponse du prescripteur)*
……
……
……

*Codification SFPC de l'intervention pharmaceutique : Acceptation ? ❑Oui ❑Non ❑Non renseigné*



Annexe 1 : exemple de « Médicaments Potentiellement Inappropriés »*
*inscrits au livret thérapeutique du CH de Vienne

❖ Médicaments ayant des effets anticholinergiques
➢ Risque plus important de confusion, sédation, chutes, tachycardie, rétention urinaire, glaucome aigu et constipation (majoré si démence, hypertrophie de la prostate, glaucome ou constipation chronique)
- Antidépresseurs imipraminiques
  Anafranil® clomipramine, Laroxyl® amitriptyline, Ludiomil® maprotiline, Quitaxon® doxépine (préférer les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)
- Neuroleptiques phénothiazines
  Largactil® chlorpromazine, Neuleptil® propériciazine, Nozinan® lévomépromazine, Piportil® pipotiazine, Tercian® cyamémazine (préférer les neuroleptiques d'autres classes avec effets anticholinergiques moindres : ex. Risperdal® rispéridone, Leponex® clozapine, Zyprexa® olanzapine, Solian® amisulpride)
- Certains antihistaminiques H1 à visée hypnotique ou antiallergique
  Théralène® alimémazine, Primalan® méquitazine, Atarax® hydroxyzine, Périactine® cyproheptadine, Polaramine® dexchlorphéniramine, (préférer comme hypnotique une benzodiazépine ou un apparenté à demi-vie courte et à posologie réduite et comme antiallergique le Xyzall® lévocétirizine)
- Certains antinauséeux Vogalène® métopimazine, Plitican® alizapride (préférer Motilium® dompéridone)
- Certains antispasmodiques
  - À visée urinaire : Driptane® oxybutinine (préférer Céris® trospium)
  - À visée gastro-intestinale : Viscéralgine® tiémonium, Scopoderm® scopolamine (préférer Spasfon® phloroglucinol, Duspatalin® mébévérine)
- Isorythm® disopyramide (risque majoré d'insuffisance cardiaque en plus, préférer un autre antiarythmique, comme la Cordarone® amiodarone)
  ➢ Association de médicaments ayant des effets anticholinergiques avec des anticholinestérasiques (Existence d'effets anticholinergiques, diminution de l'efficacité des anticholinestérasiques)

❖ Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (>20 heures)
Lexomil® bromazépam, Valium® diazépam, Lysanxia® prazépam, Urbanyl® clobazam, Mogadon® nitrazépam, Rohypnol® flunitrazépam, Tranxène® clorazépate dipotassique
➢ Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute…)
➢ Préférer une benzodiazépine ou un apparenté à demi-vie courte ou intermédiaire et à posologie réduite (ex. Témesta® lorazépam, Séresta® oxazépam, Xanax® alprazolam, Havlane® loprazolam, Imovane® zopiclone, Stilnox® zolpidem)

❖ Furadantine® nitrofurantoïne dans le traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée (risque majoré d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphériques, de réaction allergique, de toxicité hépatique). Préférer un antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme

❖ Inhibiteurs calciques à libération immédiate
Loxen® 20mg nicardipine (hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral)

❖ Cimétidine®
Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres antihistaminiques H2. Préférer les inhibiteurs de pompe à protons, voire d'autres antihistaminiques H2 (ex. Azantac® ranitidine)

❖ Laxatifs stimulants
Dulcolax® bisacodyl, Jamylène® docusate sodique (exacerbation de l'irritation colique, préférer les laxatifs osmotiques)

❖ Autres relaxants musculaires (sans effet anticholinergique)
Lioresal® baclofene, Myolastan® tétrazépam (somnolence, chute voire troubles mnésiques pour le tétrazépam, préférer le Coltramyl® thiocolchicoside)

❖ Asasantine® dipyridamole
Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique (préférer un autre antiagrégant plaquetaire, sauf Ticlid® ticlopidine)

❖ Digoxine à une concentration plasmatique >1,2µg/l (ou à défaut d'avoir cette donnée, posologie >0,125mg/j)

❖ Antihypertenseurs à action centrale
Aldomet® méthyldopa, Catapressan® clonidine, Hypérium® rilménidine (effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope)

Annexe 2 : Exemples d'interactions pathologie-médicament

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Hypertrophie de la prostate, rétention urinaire chronique | + | Médicaments ayant des effets anticholinergiques | → | Augmentation du risque de rétention urinaire aigué |
| Glaucome par fermeture de l'angle | + | Médicaments ayant des effets anticholinergiques | → | Augmentation du risque de glaucome aigu |
| Démence | + | Médicaments ayant des effets anticholinergiques, antiparkinsoniens anticholinergiques (Artane®, Parkinane® trihexyphénidyle, Lepticur® tropatépine, Akineton® bipéridène), neuroleptiques (sauf Zyprexa® olanzapine et Risperdal® risperidone), benzodiazépines et apparentés | → | Aggravation de l'état cognitif du malade |
| Constipation chronique | + | Médicaments ayant des effets anticholinergiques, antihypertenseurs centraux | → | Risque d'occlusion intestinale |
| Incontinence urinaire | + | Alpha-bloquants à visée cardiologique (Minipress®, Alpress® prazosine, Eupressyl®, Mediatensyl® urapidil) | → | Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique |

Ces deux outils sont diffusés aux médecins et à chaque semestre aux internes lors de séances de formation dispensées par un pharmacien et un gériatre.

Une formation des internes en pharmacie à son usage est également dispensée chaque semestre.

## Conclusion

L'optimisation de la prescription chez le sujet âgé passe par une sensibilisation des médecins et des pharmaciens.
Ces outils constituent des supports pratiques pour leur formation initiale et dans leur quotidien.
Un deuxième audit est en cours afin d'évaluer l'impact de la diffusion de ces outils.

**Références**


A. Brutel et al. Évaluation des Pratiques Professionnelles relatives aux prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée au CH de Vienne. Journée régionale « qualité et sécurité des soins en région Rhône-Alpes » ARS sept. 11
M.-L. Laroche, F. Bouthier, L. Merle, J.-P. Charmes. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Interne. 2009. 30 (7) : 592-601.