

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

DES DE MEDECINE GENERALE

ETUDE DE LA PRESENCE D'INTERACTIONS  
MEDICAMENTEUSES CHEZ LES PERSONNES AGEES  
INSTITUTIONNALISEES

MEMOIRE DE STAGE AMBULATOIRE NIVEAU 1

Marine PAUPE

Interne de Médecine Générale

4<sup>ème</sup> semestre

Stage pratique, semestre été 2013

Dr LAMY D. (Romans sur Isère)

Dr ZAKHOUR N. (Chateauneuf-sur-Isère)

# SOMMAIRE

## **1. INTRODUCTION**

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1. Type d'étude**

### **2.2. Outils utilisés**

### **2.3. Population étudiée**

#### **2.3.1. Critères d'inclusion**

#### **2.3.2. Critères d'exclusion**

### **2.4. Variables utilisées**

### **2.5. Recueil des données**

## **3. RESULTATS**

### **3.1. La population**

### **3.2. Objectif principal**

### **3.3. Objectifs secondaires**

## **4. DISCUSSION**

## **5. CONCLUSION**

## **6. BIBLIOGRAPHIE**

## 1. INTRODUCTION

Les personnes de plus de 65 ans représentent 16% de la population française et environ 40% de la consommation de médicaments en ville. La poly médication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée poly pathologique ; le risque iatrogénique est alors majoré. La iatrogénie serait responsable de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20% chez les plus de 80 ans (HAS, novembre 2005, évaluation et amélioration des pratiques, *Prescrire chez le sujet âgé*).

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé était donc un objectif spécifique de la loi de santé publique 2004 (objectif 27, 28, 29 et 100). C'est dans ce contexte que l'HAS a mis en place en 2006 le programme PMSA (« prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ») afin de mettre en place des outils pour réviser et améliorer la prescription. Ainsi, tous les ans est organisée une plateforme d'échange d'expériences professionnelles réunissant plus de 150 professionnels de santé impliqués dans la prévention de la iatrogénie chez la personne âgée (médecins, pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, psychiatres...). Ces réunions sont à l'initiative de recommandations de bonnes pratiques (ex : arrêt des benzodiazépines, prise en charge des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer), de la production d'indicateurs de pratique clinique d'alerte et de maîtrise du risque iatrogénique, de la conception et du suivi des alertes nationales iatrogéniques (ex : suivi de l'exposition des personnes âgées aux psychotropes).

Lors de la dernière plateforme d'échange du 29 novembre 2012 a été établie une approche en 3 dimensions pour favoriser l'appropriation par les professionnels et pour améliorer la qualité de la prise en charge générale des personnes âgées. Ces 3 dimensions sont applicables dans toutes structures de prise en charge (domicile, ambulatoire, EHPAD...) :

- une approche PAR ALERTE sur les classes thérapeutiques à risque élevé et avéré ;
- une approche holistique (poly pathologique) PAR REVISION de l'ordonnance ;
- une approche PROSPECTIVE à partir des situations cliniques.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'analyse de pratique de terrain réalisée chez les personnes âgées d'une EHPAD de Valence (Drôme).

### 2.2 Outils utilisés

Les ordonnances des résidents de l'EHPAD des Cèdres à Valence ont été récupérées puis entrées dans l'onglet « Interactions médicamenteuses » de l'application VIDAL Mobile, version 2.2.1. L'âge et le sexe des résidents ont été obtenus à partir du registre de l'EHPAD et des dossiers médicaux des résidents.

### 2.3 Population étudiée

#### 2.3.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus toutes les personnes résidentes de l'EHPAD des Cèdres à Valence.

#### 2.3.2 Critères d'exclusion

Ont été exclues les résidents de l'EHPAD des Cèdres à Valence ne répondants pas à la définition de la personne âgée.

### 2.4 Variables étudiées

Les variables étudiées sont :

- L'âge des résidents
- Le sexe des résidents
- Le nombre de médicaments présents sur l'ordonnance
- Le nombre de médecins prescripteurs
- Le nombre total d'interactions médicamenteuses retrouvé sur l'ensemble des ordonnances
- Le nombre de chaque type d'interaction (« A prendre en compte », « précaution d'emploi », « Association déconseillée », « Contre-indication »)

## 2.5 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à partir des ordonnances imprimées du 20/06/2013. Il a été rendu anonyme et les données ont été rentrées dans un tableau Excel afin d'en réaliser l'analyse.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. La population

Sur les 73 résidents de l'EHPAD des Cèdres à Valence, 72 répondaient à la définition de « personne âgée » comme proposée par l'HAS, soit une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et poly pathologique.

Parmi ces 72 résidents retenus, 65 (89%) sont des femmes, 7 (11%) sont des hommes.

L'âge moyen de la population est de 87,5 ans (entre 74 et 100 ans).

Il existe 23 médecins prescripteurs différents sur l'ensemble des 72 ordonnances étudiées.

Il y a en moyenne 9,5 médicaments par ordonnance (entre 3 et 19 médicaments par ordonnance).

3.2. Objectif principal : évaluer la présence d'interactions médicamenteuses sur les ordonnances

#### 3.3.1 Nombre total d'interaction

Au total, 255 interactions de tout type ont été retrouvées.

Sur les 72 ordonnances étudiées, 58 (80,6%) présentent au moins une interaction médicamenteuse, quel qu'en soit le type et la gravité, 14 (19,4%) n'en présentent aucune (figure 1).

#### 3.3.2 Proportion de chaque type d'interaction

Les 255 interactions médicamenteuses retrouvées se divisent en 4 niveaux de contrainte sont définis par le Vidal :

- *contre-indication* : elle revêt un caractère absolu et ne doit pas être transgressée.
- *association déconseillée* : elle doit être le plus souvent évitée sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque, et impose une surveillance étroite du patient.
- *précaution d'emploi* : l'association est possible dès lors que sont respectées, notamment en début de traitement, les recommandations simples permettant d'éviter la survenue de l'interaction.
- *à prendre en compte* : le risque d'interaction médicamenteuse existe, et correspond le plus souvent à une addition d'effets indésirables ; aucune recommandation pratique ne peut être proposée. Il revient au médecin d'évaluer l'opportunité de l'association.

La proportion de ces différents niveaux d'interaction a été répertoriée dans la figure 2.

Figure 1 :

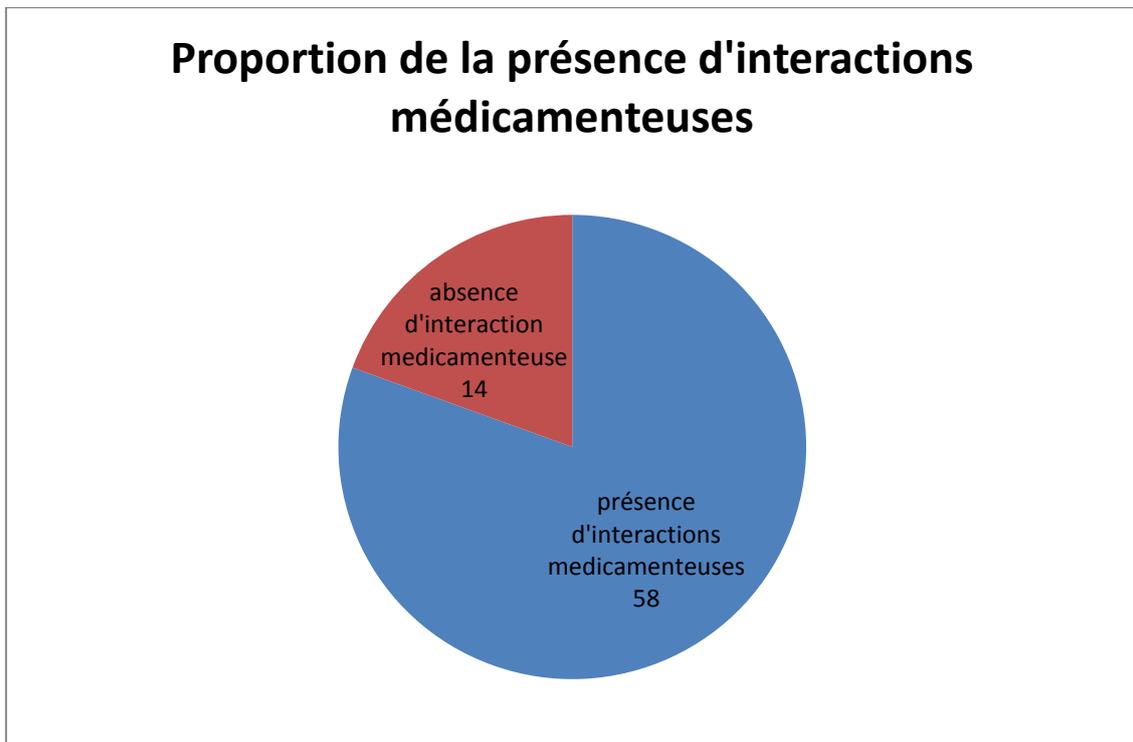
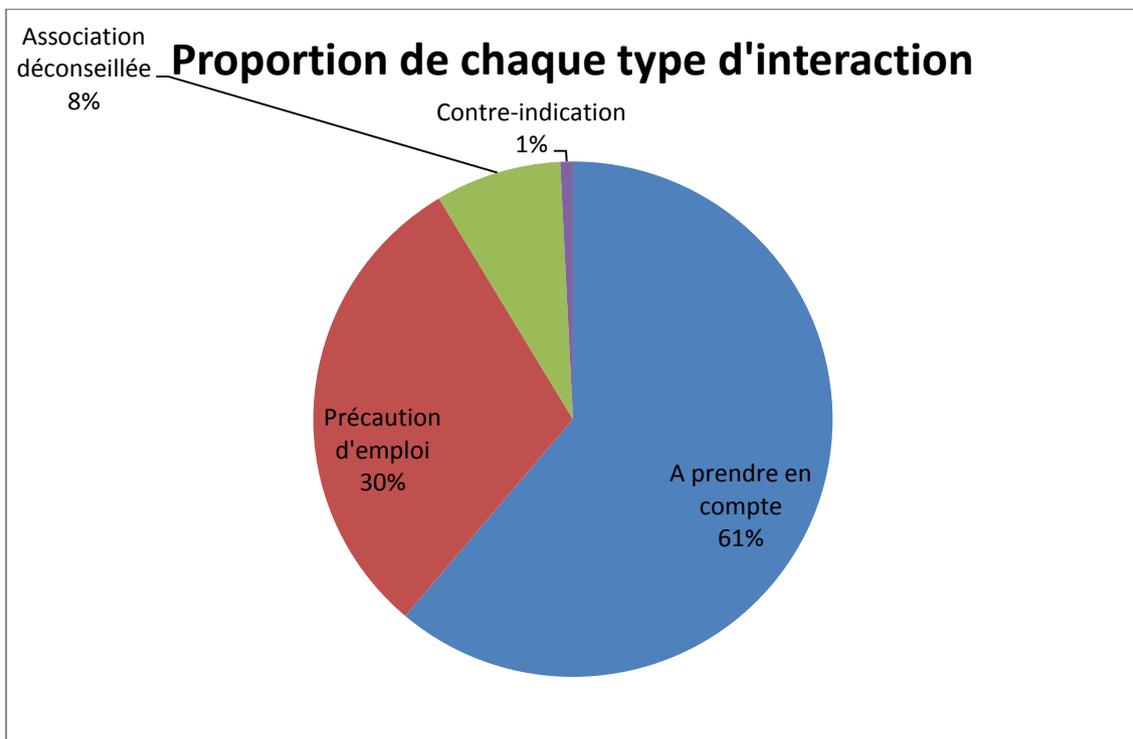


Figure 2 :



### 3.3. Objectifs secondaires

#### 3.3.1. Complications clinico-biologiques risquées

Les 2 complications potentielles que l'on retrouve de loin le plus souvent sont l'hypotension orthostatique (72 fois) et l'altération de la vigilance (70 fois).

Ensuite, les risques encourus sont la diminution d'absorption digestive d'une molécule, l'augmentation de l'effet des AVK, les dyskaliémies, les troubles du rythme ventriculaire, l'augmentation de l'effet sédatif d'un médicament et la bradycardie (respectivement retrouvées entre 21 et 11 fois).

Enfin, les complications potentielles retrouvées moins de 10 fois sont l'hyponatrémie, l'insuffisance rénale aiguë, l'augmentation de la concentration plasmatique d'une molécule, le risque hémorragique et les convulsions (figure 3).

#### 3.3.2. Classes médicamenteuses impliquées

Si l'on comptabilise chaque classe médicamenteuse impliquée dans les interactions médicamenteuses retrouvées, ce sont les antihypertenseurs qui sont de loin le plus souvent mis en cause (plus de 150 fois). On trouve ensuite les psychotropes et les benzodiazépines et apparentés (plus de 70 fois chacun), les analgésiques et antidépresseurs (environ 40 fois chacun), les AVK, anti arythmiques et le calcium (entre 10 et 20 fois). Les autres classes médicamenteuses ne sont retrouvées que moins de 10 fois (entre autres les antiagrégants plaquettaires et les antidiabétiques) (figure 4).

Figure 3 :

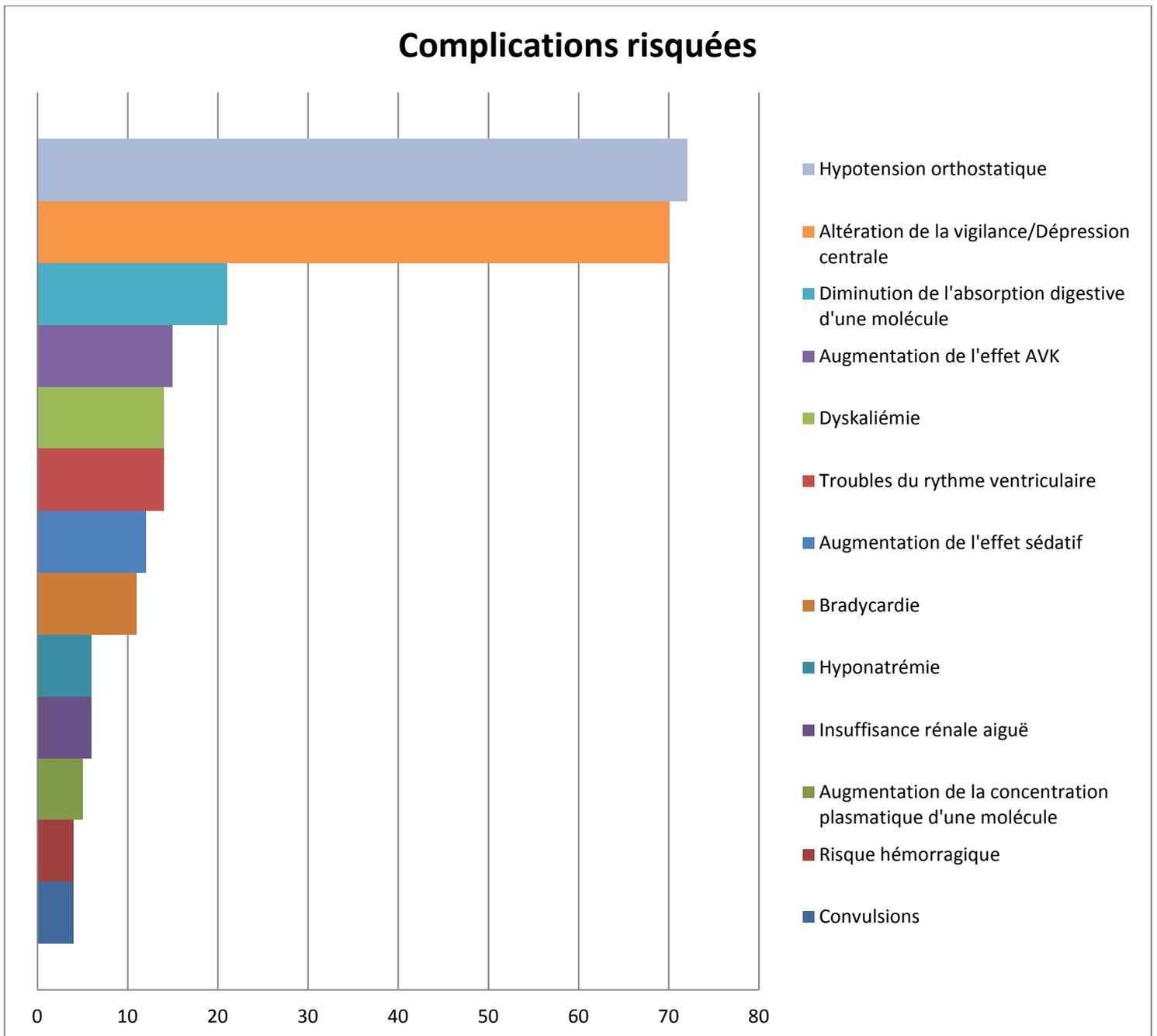
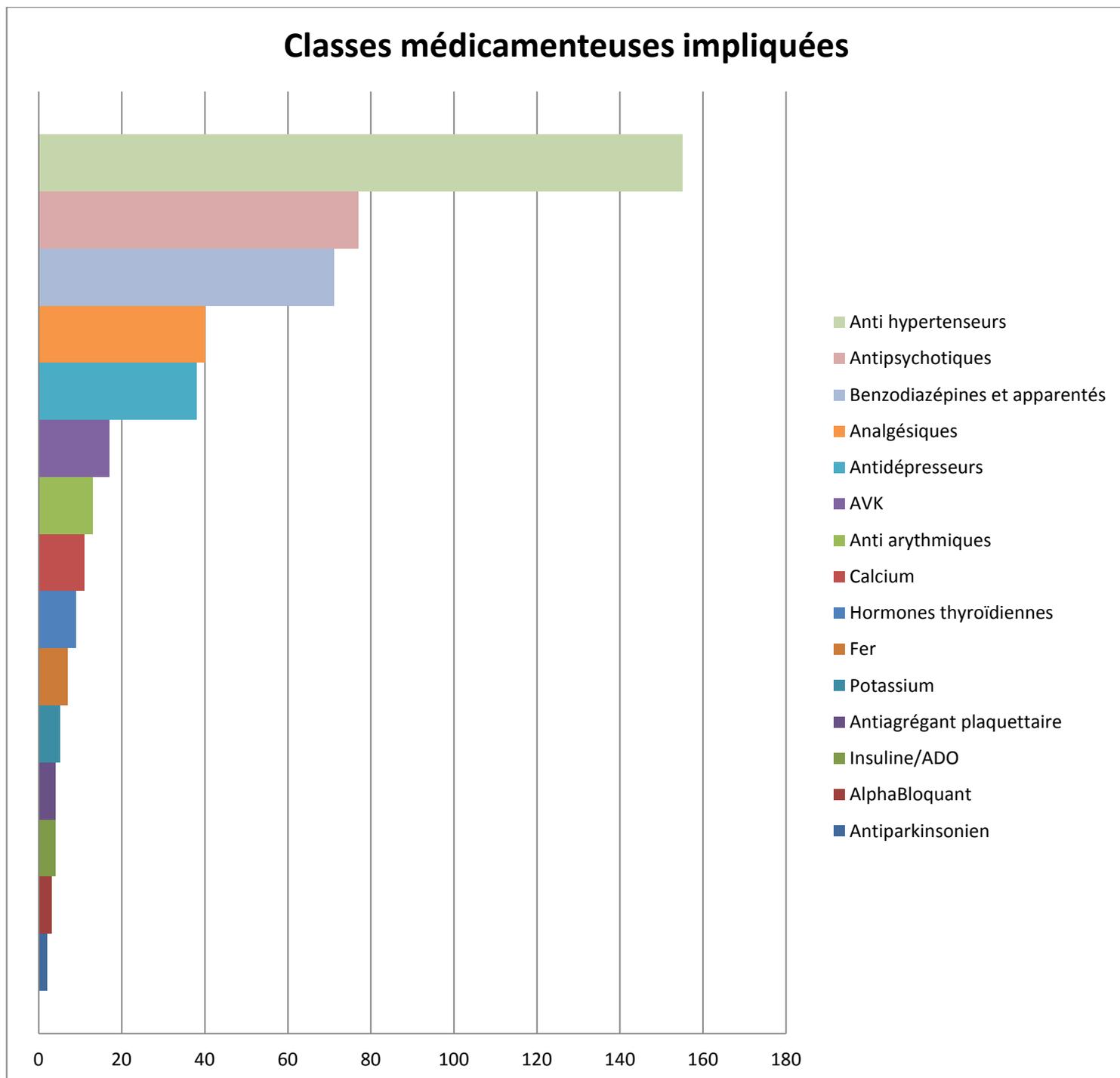


Figure 4 :



#### 4. DISCUSSION

Dans notre étude, la population n'est pas représentative de la population générale des personnes âgées du fait du lieu très restreint à partir duquel elle est tirée et de la proportion homme/femme qui n'est pas respectée.

Par ailleurs, elle présente un biais de sélection du fait que par rapport aux personnes âgées de la population générale, celles d'une EHPAD sont institutionnalisées donc présentent une certaine vulnérabilité et dépendance, possiblement liées à un état poly pathologique, qui ont conduit à leur institutionnalisation. Leurs ordonnances ne sont donc peut-être pas représentatives de celles de la majorité des personnes âgées vivant à domicile.

Une analyse statistique était impossible car l'échantillon d'ordonnances récoltées était trop petit (moins de 100 ordonnances).

Une des limites de l'utilisation de ce type d'outil pour rechercher les interactions médicamenteuses chez la personne âgée est que les caractéristiques de référence habituelle d'un médicament (activité, toxicité, métabolisme) sont celles de l'adulte jeune. On observe qu'elles sont modifiées au décours du vieillissement, ces modifications étant schématiquement d'ordre pharmacocinétique et pharmacodynamique [1].

Les paramètres pharmacocinétiques des médicaments dépendent des 4 étapes qui décomposent leurs cinétiques. Chez le sujet âgée, ces 4 étapes possèdent des caractéristiques propres à son âge :

- *au niveau de la résorption digestive* : réduction de la sécrétion d'acide gastrique, diminution de la vitesse de la vidange gastrique, ralentissement du transit intestinal, diminution de la surface de résorption digestive et diminution de la perfusion digestive.

En théorie, ces modifications physiologiques pourraient retentir sur la vitesse d'absorption et la quantité de médicaments absorbée. En fait, ces modifications ont des effets inversés (ex : diminution de l'acidité gastrique et diminution de la perfusion sanguine intestinale, réduction de la fraction résorbée du médicament, ralentissement du transit intestinal, augmentation du temps de contact avec la muqueuse donc augmentation des possibilités de résorption). On ne peut donc pas prévoir pour un médicament s'il sera ou non moins bien résorbé lors du vieillissement.

- *au niveau de la distribution* : augmentation importante de la masse grasse avec diminution de la masse maigre et diminution de l'eau totale corporelle.

Il en résulte d'une part une augmentation du volume de distribution et de la demi-vie des médicaments liposolubles (exemple :allongement de la demi-vie des benzodiazépines qui peut passer de quarante heures chez le sujet jeune à quatre à cinq jours chez le sujet âgé) et d'autre part une diminution du volume de distribution des médicaments liposolubles, la

masse lipidique constituant un réservoir qui stocke la substance active puis la libère progressivement ce qui entraîne souvent une augmentation de sa demi-vie. De plus, la fréquente dénutrition entraîne une hypo albuminémie qui diminue la fixation des médicaments fortement liés à l'albumine augmentant ainsi leur fraction libre et donc potentiellement leur toxicité (exemple : digoxine, sulfamides hypoglycémiant, anti vitamines K, anti-inflammatoires non stéroïdiens...)

- *au niveau du métabolisme hépatique* : vitesse de transformation hépatique des médicaments presque toujours diminuée par réduction de la masse hépatique, réduction du débit sanguin hépatique, réduction de l'oxydation microsomiale par diminution de la concentration en cytochrome P450.

En pratique, la diminution de la clairance hépatique surviendra surtout si on a une réduction de la masse hépatique.

- *au niveau de l'élimination rénale* : classiquement, présence d'une insuffisance rénale chronique entre autre parce que le débit sanguin glomérulaire est abaissé. La baisse de la filtration glomérulaire est de 2 à 10% par décennie. Donc diminution de l'excrétion urinaire de certains médicaments, en particulier ceux qui sont éliminés par filtration glomérulaire (aminoside, digoxine, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, héparine de bas poids moléculaire) et à un degré moindre ceux qui sont éliminés par sécrétion tubulaire.

Les aspects pharmacodynamiques de la thérapeutique chez le sujet âgé ont été moins étudiés que les aspects pharmacocinétiques. Le vieillissement s'accompagne d'une modification de la sensibilité à de nombreux médicaments mais de façon difficilement prévisible car les variabilités inter et intra-individuelles sont importantes et limitent la possibilité de prévoir l'activité, la durée d'action et l'éventuelle toxicité.

- *au niveau du système cardiovasculaire* : la régulation orthostatique devient quantitativement limitée avec augmentation du risque d'hypotension orthostatique et donc de chute qui peut être favorisé par la thérapeutique :

- augmentation de la réponse aux antihypertenseurs
- diminution de la sensibilité aux agonistes adrénergiques
- effet moindre sur l'accélération du rythme cardiaque sous atropine, nifédipine et dérivés nitrés
- majoration de l'effet alpha-bloquant avec risque d'hypotension des phénothiazines, antihistaminiques et antidépresseurs tricycliques

- *au niveau du système nerveux central* : modification du réflexe de posture avec risque de chute ainsi qu'altération des processus d'évaluation des risques et de prise de décision motrice. Ces phénomènes peuvent être accentués par les médicaments dépresseurs du système nerveux central : augmentation de la sa sensibilité aux benzodiazépines, métoclopramide et aux opiacés favorisant les syndromes confusionnels.

- *au niveau du métabolisme* :

- augmentation de la résistance à l'insuline
- risque d'hypothermie plus important sous phénothiazines, benzodiazépines, opioïdes et antidépresseurs tricycliques

Toutes ces modifications physiologiques sont reprises dans le Guide 2013 de la revue Prescrire, destiné à éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Elles les rendent difficilement prévisibles chez la personne âgée [2].

Par ailleurs, d'autres facteurs de risque indirectement liés à l'âge ne doivent pas être oubliés [1]:

- facteurs sociaux et environnementaux : isolement social ou géographique, dépendance, changement de mode de vie, conditions climatiques extrêmes.
- facteurs liés à une mauvaise utilisation des médicaments : prescriptions inadaptées au malade, information insuffisante, automédication inappropriée, mauvaise observance.
- facteurs liés aux médicaments : nouveaux médicaments, galénique.

La poly médication chez le sujet âgé s'explique par la survenue d'un état poly pathologique. Elle commence lorsque trois médicaments différents sont prescrits ensemble mais la plupart des auteurs s'accordent pour « fixer le seuil » de la poly médication à l'utilisation d'au moins cinq médicaments différents.

La consommation de médicaments des personnes âgées représente un véritable enjeu financier en raison de l'importance des dépenses effectuées dans le contexte actuel de maîtrise de la croissance des dépenses de santé ; c'est pourquoi de nombreuses études ont été réalisées sur la poly médication des séniors.

Par exemple l'étude épidémiologique PAQUID [3] dont l'objectif principal a été d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans sur une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003. Sur les 3 777 personnes du sous-groupe portant sur la prise de médicaments, 3 364 (89,1 %) personnes vivant à leur domicile ont déclaré prendre au moins 1 médicament par jour. Sur ce total :

- 1 837 (48,6 %) prenaient entre 1 et 4 médicaments par jour
- 1 449 (38,4 %), 5 à 10 médicaments par jour
- 78 (2,1 %), plus de 10 médicaments par jour.

La consommation pharmaceutique journalière moyenne reste plus élevée en institution 5.2 vs 4.6 méd. /J.

Ces résultats sont sensiblement différents de ceux de notre étude puisque nous retrouvons une moyenne de 9,5 médicaments par ordonnance.

Par ailleurs, les enquêtes décennales INSEE-CREDES nous renseignent sur l'évolution de la consommation médicamenteuse en fonction de l'âge en 1970 et 1991 chez l'homme et chez la femme (figure 5a et 5b). [4] [5]

Figure 5a :

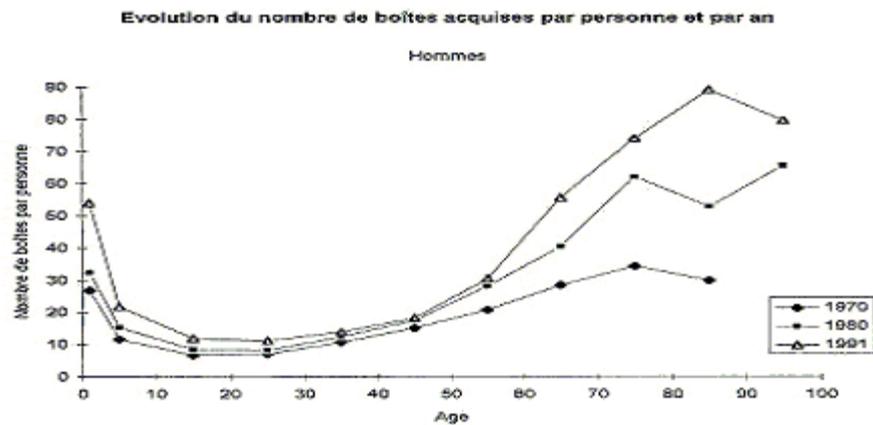
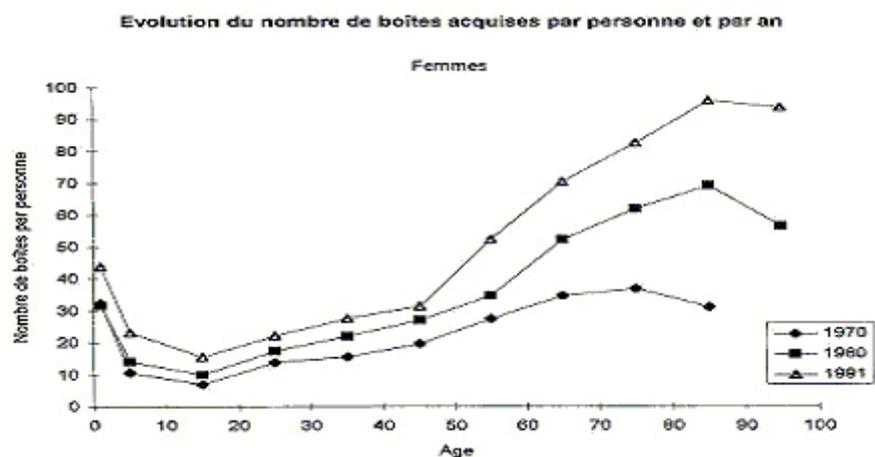


Figure 5b :



Toujours selon l'étude PAQUID, les classes thérapeutiques faisant l'objet de plus de prescriptions chez le sujet âgé sont, en dehors des anticancéreux :

- les médicaments cardiovasculaires chez 76 % des patients ;
- les psychotropes, 41 % ;
- les antalgiques, 23 % ;
- les médicaments de l'appareil digestif, 13 % ;
- les antidiabétiques, 7 %.

Parmi les médicaments à visée cardiovasculaire, les plus prescrits sont les antihypertenseurs, les anti-angoreux, les anti arythmiques et les hypolipémiants. Parmi les psychotropes, ce sont les hypnotiques et les antidépresseurs qui sont les plus utilisés.

Ces résultats sont assez similaires avec ceux retrouvés dans notre étude puisque l'on retrouvait aussi que les classes médicamenteuses le plus souvent retrouvées dans les interactions sont en 1<sup>er</sup> lieu les anti hypertenseurs, ensuite les psychotropes et benzodiazépines puis les antalgiques.

Les résultats de l'HAS donnés par les alertes iatrogéniques du programme Pilote PMSA 2011 [6] viennent eux aussi confirmer cela puisqu'ils montrent que :

- 3 millions de personnes âgées sont sous psychotropes avec 500 000 co prescriptions ;
- il n'y a pas de baisse des benzodiazépines ;
- l'émergence de nouveaux risques avec l'usage des antidépresseurs ;
- 600 000 personnes âgées ont sur leur ordonnance 3 diurétiques ;
- 800 000 personnes âgées ont sur leur ordonnance 4 antihypertenseurs.

D'après une étude de l'URCAM menée en POITOU-CHARENTES en décembre 2004 [7], sur 719 dossiers examinés aux urgences sur 5 jours, 12.5 % des hospitalisations étaient en rapport avec un effet indésirable médicamenteux dont la moitié était en rapport avec des médicaments cardiovasculaires et le quart en rapport avec des médicaments à visée neurologique.

De plus, dans 21% des cas, des interactions médicamenteuses ont été retrouvées dont 4.5% étaient directement responsables de l'hospitalisation.

Le risque iatrogène augmente avec le nombre de médicaments prescrits. Il est multiplié par trois au-dessus de quatre médicaments [8].

D'après les principales études recensées, les médicaments fréquemment en cause dans les effets indésirables chez le sujet âgé sont les médicaments à visée cardio-vasculaire, les médicaments du système nerveux central, les antalgiques et les AINS [9].

Ces résultats sont cohérents avec ceux de notre étude sauf au niveau de l'implication des AINS puisque nous ne retrouvons pas de cas où ils sont mis en cause.

On retrouve dans la littérature que 30 à 60 % des effets indésirables sont prévisibles et pourraient être évités par une meilleure gestion de l'ordonnance [10].

Devant le caractère complexe de la prescription chez la personne âgée et la fréquence toujours élevée de la survenue d'effets indésirables parfois graves en rapport avec des interactions médicamenteuses, l'AFSSAPS a mis à disposition des professionnels de santé des recommandations générales et des recommandations adaptées pour chacune des classes médicamenteuses les plus souvent prescrites chez la personne âgée.

Ces recommandations générales s'appliquent à chaque étape de la prescription d'un médicament [1] :

- lors de la décision thérapeutique : s'informer sur le patient (pathologies associées, facteurs de risque d'effet indésirable, objectif thérapeutique à court et moyen terme, liste complète de ses médicaments).
- lors de la rédaction de l'ordonnance : maîtriser le traitement (limiter la poly médication, schéma thérapeutique simple, adapter la posologie, prévoir la durée du traitement, mettre en garde contre l'automédication, prévenir l'entourage)
- lors du suivi thérapeutique : évaluer l'efficacité et la tolérance (réévaluer, adapter, s'interroger sur la nécessité de poursuivre un traitement, arrêt progressif).
- lors de la délivrance par le pharmacien (consulter l'historique, éviter de modifier la marque, expliquer l'ordonnance, signaler tout changement)

L'HAS propose aussi des supports d'amélioration et d'évaluation des pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à l'hôpital comme en ambulatoire afin d'aider le médecin à mieux prescrire et notamment à diminuer le risque iatrogénique, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile.

Ainsi, la prescription peut être optimisée, en repérant les excès de traitements « overuse », la prescription inappropriée « misuse » et l'insuffisance de traitement « underuse » [4].

Les recommandations de l'HAS pour parvenir à une meilleure prescription sont :

- réévaluer régulièrement les diagnostics pour ne plus prescrire un médicament qui n'a plus d'indication.
- prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée.
- mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque.
- moins prescrire les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant.

Toujours d'après la HAS, 4 étapes clés de prescription sont nécessaires pour « bien prescrire » :

- hiérarchiser avec la personne âgée les pathologies à traiter.
- définir les modalités de suivi avec l'accord du malade.
- rédiger l'ordonnance.
- réaliser le suivi prévu et ajuster le traitement.
- 

Enfin, la revue Prescrire a publié un Guide 2013 « Comprendre et Décider » [2] ayant pour objectif d'éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Dans celui-ci, elle propose une démarche méthodique pour une série de situations permettant de prévoir les interactions entre médicament et affection, et entre 2 médicaments. Elle fait aussi part de situations à risque d'effets indésirables par interaction, parmi lesquelles figure la poly médication et les patients âgés (liée à l'état poly pathologique, les modifications du métabolisme des médicaments, l'insuffisance rénale et hépatique).

Ce guide propose 7 principes pour une bonne pratique face aux risques d'interactions médicamenteuses :

- *Principe 1* : les conséquences cliniques d'une interaction médicamenteuse sont en rapport avec les effets cliniques des médicaments impliqués. L'excès des effets thérapeutiques ou indésirables est la conséquence la plus fréquente et la plus préoccupante. Les conséquences cliniques d'une perte d'efficacité sont tout autant à envisager.
- *Principe 2* : Les conséquences cliniques d'une interaction se manifestent non seulement lors de l'ajout d'un médicament, mais aussi lors de son arrêt.
- *Principe 3* : Pour prévenir les conséquences néfastes des interactions, mieux vaut éviter les associations à risques.
- *Principe 4* : Certaines associations à risques d'interactions sont acceptables, à condition de pouvoir organiser la gestion des conséquences cliniques.
- *Principe 5* : Certains patients sont plus à risque que d'autres.
- *Principe 6* : La durée de la période à risques n'est pas uniforme. Cette durée détermine l'importance de la surveillance du patient ; elle dépend du mécanisme de l'interaction et des substances en cause.
- *Principe 7* : les patients doivent être informés.

Ainsi, l'âge en soi ne contre-indique aucune thérapeutique, mais le vieillissement et les situations physiopathologiques qui lui sont associées peuvent modifier l'objectif des traitements et leur rapport bénéfice/risque, nécessiter une adaptation des modalités thérapeutiques, voire remettre en question le bien-fondé d'une nouvelle prescription.

## 5. CONCLUSION

La poly médication et les interactions médicamenteuses chez la personne âgée restent un véritable enjeu de santé publique, d'autant plus que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter.

Le vieillissement vient progressivement altérer les principales fonctions physiologiques modifiant l'efficacité et la réponse aux médicaments, en partie en augmentant leur toxicité et donc la survenue d'effets indésirables par interaction.

Ces complications constituent pour les professionnels de santé un véritable défi qui rend nécessaire la disponibilité de nouvelles données sur les effets du vieillissement et sur les moyens d'y remédier.

Les principales sources utilisées (Afsaps, HAS, Prescrire) proposent ainsi plusieurs méthodes globalement semblables ayant pour but d'essayer de limiter au maximum la survenue des effets indésirables par interaction médicamenteuse.

Il est parfois difficile de se limiter à moins de cinq médicaments par jour chez la personne âgée, c'est pourquoi un effort doit être fait sur le bon exercice de la prescription médicamenteuse mais aussi sur la relation avec le patient afin de permettre une meilleure observance et une réponse adaptée à ses différentes plaintes.

Une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé semble essentielle et mérite d'être développée. Il ne faut pas oublier que chez le sujet âgé, le médicament ne doit pas résumer le soin et il est nécessaire de favoriser toutes les approches thérapeutiques non médicamenteuses. La personne âgée consulte souvent avec de multiples plaintes qui ne sont pas toujours en rapport avec une pathologie distincte mais peut parfois correspondre à la somatisation du mal être ressenti. L'isolement social, le vieillissement corporel peuvent participer à ce ressenti. Il appartient donc au médecin prescripteur de ne pas avoir recours systématiquement à un médicament pour chaque symptôme présenté et de favoriser au maximum la prise en charge non médicamenteuse en augmentant le temps d'écoute.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Mise au point Afssaps juin 2005
- [2] Le Guide prescrire 2013, Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses, Comprendre et Décider
- [3] Académie nationale de pharmacie « personnes âgées et médicaments/juin 2005 »
- [4] HAS, Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, Pr Sylvie Legrain, 2003,
- [5] Lecomte TH. La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991.Paris : CreDES ; 1994.
- [6] Plateforme d'échange HAS, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé – prévention de la iatrogénie, plénière annuelle du 29 novembre 2012.
- [7] « Etude prospective sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse »-étude régionale menée par l'URCAM Poitou Charente, service des urgences, décembre 2004.
- [8] Lundis de la santé 18/12/2006 « médicaments et personnes âgées ».
- [9] Afssaps « prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé ».
- [10] Vidal recos « médicaments et personnes âgées 19/02/2009 »