

Cette attention particulière s'exerce à chaque fois que la situation clinique du patient se trouve modifiée (nouveau diagnostic, décompensation aiguë d'une pathologie), rendant nécessaire une adaptation de la stratégie thérapeutique. La réévaluation de la prise en charge médicamenteuse à chaque nouvelle étape du parcours de soins du patient, pourtant indispensable, doit encore être développée. Elle implique idéalement plusieurs professionnels de santé, médecins et pharmaciens cliniciens, permettant la définition de la stratégie thérapeutique à proposer au patient, et peut prendre la forme d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou encore d'une revue de médication. Cette démarche globale est de fait difficile à réaliser en ambulatoire. Les RCP initiées et systématisées dans le domaine du cancer, ont été étendues à la prise en charge des maladies rares, de l'hépatite C, ou encore des patients âgés et

polymédiqués. Elles devront à l'avenir se systématiser pour justifier de prises en charge thérapeutiques hors référentiels et/ou onéreuses, ainsi que pour arbitrer des décisions d'abstention thérapeutique ou d'arrêt de médicaments.

Les actes de pharmacie clinique accomplis par les pharmaciens cliniciens contribuent à cette sécurisation, pertinence et efficacité du recours aux produits de santé. Au-delà de l'analyse des prescriptions et de la proposition d'éventuelles interventions pharmaceutiques, le pharmacien clinicien élabore un plan pharmaceutique personnalisé sur la base du bilan de médication, participe aux revues de médication et peut être amené à émettre un avis spécialisé pharmaceutique sur sollicitation, en lien direct avec le médecin.

De façon plus globale, au-delà d'une prise en charge pluridisciplinaire optimisée visant à établir la meilleure

Une population à risque vis-à-vis du médicament : les personnes âgées

Les études épidémiologiques françaises montrent que le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des traitements médicamenteux associés. En France, la prévalence de la polymédication (au moins 10 médicaments) en population âgée de 75 ans et plus est de 27 à 40 % selon l'indicateur utilisé, exposant les personnes à un risque accru d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses [28]. Nombre d'études attestent des conséquences négatives de la polymédication, sur le risque de chute, d'hospitalisation, de troubles cognitifs et de décès [21]. On estime que 6 à 30 % des hospitalisations sont liées à l'iatrogénie médicamenteuse en population âgée et que ces hospitalisations sont évitables pour 30 à 55 % d'entre elles [44]. Les enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (Eneis) de 2004 et de 2009 montrent nettement l'augmentation de la fréquence des effets indésirables graves entraînant une hospitalisation ou survenant en cours d'hospitalisation avec l'âge.

Les effets indésirables observés sont le plus souvent cardiovasculaires, neuropsychiques et digestifs, en lien avec les classes thérapeutiques les

plus prescrites. Chez le sujet âgé, les effets indésirables peuvent aussi se présenter sous des formes moins évocatrices : troubles de l'équilibre et de la vigilance, chute, confusion... Difficile alors d'identifier la molécule en cause quand on sait que tous les médicaments suivants augmentent le risque de chute : hypnotiques ou sédatifs, neuroleptiques, antidépresseurs, benzodiazépines et anti-hypertenseurs [49]. De façon assez constante, les médicaments cardiovasculaires et les psychotropes sont les premières classes thérapeutiques incriminées dans les événements iatrogènes en population âgée.

De multiples facteurs expliquent l'augmentation du risque d'effets indésirables des médicaments en population âgée. L'avancée en âge s'accompagne de modifications physiologiques et en particulier d'une baisse des capacités d'élimination entraînant un risque de surdosage par accumulation des médicaments dans l'organisme. La polymédication, en lien avec la polypathologie, entraîne un cumul des risques d'effets indésirables et une augmentation des risques d'interactions médicamenteuses, mais elle augmente également la complexité des ordonnances pour le patient, qui peut commettre des

erreurs au moment de la prise de ses traitements. Par ailleurs, certaines prescriptions, dites « prescriptions potentiellement inappropriées », sont connues pour avoir un mauvais rapport bénéfice-risque ou être peu efficaces chez le sujet âgé. C'est pourquoi, des outils d'aide à la prescription répertorient ces prescriptions, notamment la liste Laroche [27] ou les critères STOPP-START disponibles en français [26].

La réduction de l'iatrogénie médicamenteuse en population âgée est une question de bon usage, de santé publique, et une question économique. Les leviers d'action sont multiples et impliquent les politiques publiques (déremboursements des médicaments jugés peu ou pas efficaces, nouveaux modes de rémunération, etc.), les organisations de soins (réunions multidisciplinaires de conciliation médicamenteuse) et la sensibilisation des prescripteurs aux prescriptions inappropriées en population âgée et au repérage des sujets fragiles, plus à risque d'iatrogénie médicamenteuse. ❖

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

Marie Herr
Maître de conférences des universités-praticien hospitalier en santé publique, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), APhP, Inserm UMR 1168

Joël Ankri
MD PhD, directeur de l'UMR 1168 Inserm-UVSQ