VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°45 – août 2007

LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Les accidents liés au mauvais usage des médicaments chez les personnes âgées accroissent la perte d'autonomie, la morbidité voire la mortalité. Ces accidents seraient la cause de 5 à 10 % des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans et de plus de **20 % des hospitalisations au delà de 85 ans**.
Plusieurs études montrent que ces accidents seraient évitables dans près d'un cas sur deux chez les sujets âgés vivant à domicile.
Cette iatrogénie peut faire l'objet :
- soit **d'une approche individuelle**.
  En recherchant une responsabilité individuelle, elle stigmatise l'erreur d'un professionnel. Les médecins traitants sont les principaux prescripteurs dans cette population fréquemment polypathologique pour laquelle une polymédication est souvent légitime. Une part non négligeable de la iatrogénie médicamenteuse est liée à cette polymédication. Si un accident se produit, il est évident et satisfaisant pour un certain nombre de désigner ce médecin comme responsable. La Haute Autorité de Santé a ainsi élaboré des programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques sur ce sujet à destination de cette catégorie professionnelle.
- soit **d'une approche systémique**.
  Si l'initiation du traitement relève du médecin traitant, le médicament va avoir un parcours parfois chaotique avant d'être pris par la personne âgée. Tout au long de celui-ci vont bien souvent intervenir un pharmacien, une infirmière, l'entourage de la personne enfin, la personne elle-même. Ce circuit peut également croiser celui d'un médicament prescrit par un spécialiste, un chirurgien dentiste ou interférer avec l'action d'un kinésithérapeute. Si un accident se produit, l'important n'est pas de savoir qui a fait la faute, mais d'identifier où et pourquoi le système de défense constitué par tous ceux qui se trouvent sur le circuit du médicament a failli. **La formation professionnelle décloisonnée** mise en place dans les réseaux de santé peut faire prendre conscience à chaque professionnel qu'il participe à un dispositif de sécurité collectif dans lequel chacun peut avoir ses failles, dont il n'a pas le plus souvent conscience, et que pour éviter l'accident il convient de tout mettre en place pour que les dysfonctionnements ne soient pas en phase. Le réseau Santé en Action a développé un support sur ce type d'approche systémique qui est bien adapté à une formation pluriprofessionnelle. De même avec leur mission **d'éducation pour la santé** les réseaux doivent donner au patient un rôle actif dans la prise en charge de ses problèmes de santé et de leur gestion au quotidien. La Mutualité Française est à l'initiative d'une pièce de théatre interactive qui sensibilise les personnes âgées sur ce thème.
  Dans le cadre d'une pratique en réseau de santé gérontologique d'autres barrières de protection peuvent être dressées :
  → **La fiche médicale** (ou le dossier patient partagé) du patient dans laquelle les pathologies à traiter sont identifiées, les médicaments sont rassemblés par pathologie, la clairance de la créatinine est calculée, la personne qui gère le traitement au quotidien est identifiée. Cette fiche régulièrement actualisée sécurise le prise en soins du patient en particulier en cas d'hospitalisation.
  →**L'évaluation gérontologique standardisée** qui permet de connaître l'état cognitif et le mode de vie du malade, tous deux influençant l'observance du traitement.
  →**La réunion de concertation** qui donne l'opportunité au médecin traitant d'évaluer les effets du traitement en s'aidant des informations obtenues auprès de l'ensemble des intervenants dans les soins ; d'avoir une meilleure connaissance de la vie du malade et de son comportement avec ses médicaments (mauvaise observance et automédication chez plus d'**un malade sur deux**) ; d'expliquer sa prescription, en s'assurant qu'elle est bien comprise, et que certains changements dans la vie du malade peuvent la remettre en cause ; d'échanger avec le pharmacien afin de privilégier les médicaments à faible fixation protéique, à pharmacocinétique courte et à élimination mixte mais aussi de lui confier le tri de la pharmacie familiale (elle est évaluée à **6 milliards d'euros** en France) ; de rechercher auprès des intervenants réguliers (en particulier l'auxiliaire de vie ou l'entourage familial) d'éventuels effets indésirables qui ne sont signalés par les patients qu'**une fois sur trois** (asthénie, malaise, chute, troubles du comportement...) ; de s'aider de l'expertise de la cellule de coordination à partir du moment où il accepte le regard des autres professionnels sur sa propre pratique.
  →**La coordination du retour à domicile** après une hospitalisation au cours de laquelle en moyenne **40%** de la thérapeutique initiale a été arrêtée ou modifiée.

Dr Frédéric MESSIAT gériatre coordinateur du Réseau de Santé Gérontologique de l'Association Vivre et Vieillir Chez Soi ; Maison du Canton 05120 L'Argentière le Bessée