



Médicaments et personnes âgées

Education et vigilance

En France, près de la moitié des médicaments sont consommés par les plus de 60 ans. Or, du fait de l'âge et des facteurs qui lui sont associés, le rapport aux médicaments des personnes âgées change, tant au niveau de leurs actions et interactions, de leur efficacité, de leur toxicité (10% des hospitalisations de personnes âgées seraient liées pour partie à un accident médicamenteux). Ce qui nécessite une vigilance spécifique, au moment de la prescription et tout au long du suivi du traitement. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), souligne régulièrement que les personnes de plus de 75 ans ou celles de plus de 65 ans atteintes d'une ou plusieurs maladies associées, sont « particulièrement susceptibles d'avoir des effets indésirables liés à la prise d'un médicament. » Le point avec le Professeur Sylvie Legrain, gériatre à l'hôpital Bichat, à Paris, particulièrement impliquée dans les programmes d'évaluation des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées de la Haute autorité de santé (HAS).

Cœur & Santé - Quelles sont les maladies des personnes âgées pour lesquelles la consommation de médicaments est particulièrement significative ?

Sylvie Legrain - Pratiquement la moitié des médicaments pris par les personnes de plus de 65 ans concerne les médicaments cardiovasculaires. Ce qui couvre essentiellement l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance coronaire, dont l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine.

Beaucoup de personnes âgées prennent des laxatifs parce qu'ils ont un ralentissement de leur transit intestinal ou encore des psychotropes et des médicaments pour dormir.

Certaines ont par ailleurs de bonnes raisons d'être déprimées. Elles peuvent donc prendre des antidépresseurs, mais généralement ce traitement ne doit pas être indéfini.

Les patients âgés prennent également beaucoup de traitements antalgiques, pour des douleurs liées par exemple au vieillissement ostéoarticulaire.

Enfin, ils peuvent, comme tout un chacun, souffrir de maladies endocriniennes, de maladies neurologiques... sans oublier la maladie d'Alzheimer, pour laquelle il existe aussi des traitements plus spécifiques.

On a des chiffres de consommation ?

A peu près 16% de la population âgée consomme 40% de la dépense pharmaceutique, selon un rapport de la Cour des comptes de 2003. Cela veut dire qu'en effet la majorité des traitements sont pris par les personnes âgées. Ce qui est tout à fait logique puisqu'il existe une corrélation très forte entre le nombre de maladies d'un sujet et le nombre de médicaments qu'il prend. On ne peut donc pas dire que les personnes âgées consomment de façon abusive.

Par contre, il existe des inadéquations dans la prescription des traitements qui les concernent, et on peut faire mieux. Certaines maladies sont sous-traitées, d'autres sont traitées en excès, et pour d'autres encore, les traitements choisis ne sont pas toujours les meilleurs.

D'où la nécessité de renforcer la formation initiale et continue des médecins dans ce domaine, car bien prescrire chez un sujet âgé, a fortiori très âgé, est une tâche réellement complexe.

Médicaments, personnes âgées : quels liens ?

Quelle est la spécificité du lien médicaments / personnes âgées, du fait du vieillissement physiologique par exemple ?

Généralement il n'y a pas de risque lié uniquement à l'âge, le risque est plutôt lié à ce qu'on appelle les « maladies associées ».

Si l'on considère le vieillissement physiologique, on sait par exemple qu'un organe est fortement touché : le rein. Avec une réduction de ses capacités à éliminer certains médicaments... donc un risque de surdosage. Mais ceci est actuellement bien connu, et les médecins peuvent le plus souvent adapter les doses.

Par contre, certaines situations peuvent aggraver le risque d'effets indésirables. C'est le cas de la dénutrition, par exemple. Beaucoup de personnes très âgées, très malades, perdent du poids, ce qui n'est jamais souhaitable, et ceci a un impact sur les capacités de métabolisation des médicaments par le foie. Lorsqu'on est dénutri, qu'on a perdu du poids, le foie ne métabolise pas bien certains médicaments, par exemple les anticoagulants, ce qui peut entraîner un risque de surdosage.

De la même façon, l'insuffisance cardiaque en phase aiguë peut entraîner une modification de l'irrigation du foie et à ce titre modifier le métabolisme des médicaments... il faut en tenir compte.

Autre point important : avec l'âge on a une modification de la sensibilité des organes aux traitements. Cela veut dire, par exemple, que le cerveau d'une personne très âgée, a fortiori si elle a des troubles intellectuels, voire une maladie d'Alzheimer, peut avoir une sensibilité accrue à certains psychotropes. Ce qui peut être la cause de troubles de l'équilibre ou de l'attention (avec retentissement sur la mémoire).

Pour toutes ces raisons, il faut bien évaluer les prescriptions de médicaments, notamment les premières, qui ont trop souvent tendance à être chronicisées chez les personnes âgées. Par exemple, lorsqu'on prescrit tel médicament pour une anxiété passagère ou pour un trouble du sommeil, très souvent, trois ans après, le patient prend toujours ce traitement. Entre temps, il aura vieilli et pourra bien moins supporter un médicament dont l'efficacité aura de plus diminué.

C'est au médecin de proposer, au moins une fois par an, une réévaluation de l'ensemble des traitements d'un sujet âgé... et également lorsque le patient se trouve dans une situation aiguë.

Les accidents liés au traitement surviennent la plupart du temps lors d'événements intercurrents. Notamment ceux qui entraînent, entre autres, une modification de l'irrigation des reins... C'est-à-dire une situation de déshydratation. Quand on dit déshydratation, on pense évidemment aux coups de chaleur, à la canicule. Avec l'expérience de 2003, beaucoup de sujets sont désormais très attentifs à cette situation. Mais ce qui conduit souvent les malades âgés à l'hôpital, ce sont des situations de déshydratation beaucoup plus banales : le fait de manger moins lorsqu'ils ont une contrariété, de manger peu salé, alors que pour le sujet âgé le sel est souvent un élément vital.

Il s'agit par conséquent d'être particulièrement vigilant : quand les gens mangent moins, quand ils ont une bronchite ou une contrariété, quand ils sont incapables d'aller faire leurs courses... c'est alors qu'ils peuvent se retrouver en état de déshydratation, d'insuffisance rénale, accumuler des traitements toxiques et devoir être hospitalisés.

Une des réponses à ce type de problème, c'est l'éducation des patients âgés, en les formant à s'inquiéter et à réagir dans certaines situations, par exemple en consultant leur médecin traitant.

En quoi consiste, pour le médecin, le suivi du traitement médicamenteux de ses patients âgés ?

Il lui faut d'abord bien évaluer les maladies en ayant recours si besoin est aux examens complémentaires... Une douleur dans la poitrine ne signifie pas automatiquement une angine de poitrine ; il peut s'agir d'une douleur costale liée à un vieillissement des cartilages.

Ensuite, il faut choisir des médicaments qui soient compatibles avec les autres traitements et les autres maladies du patient, pour éviter toute interaction néfaste.

Enfin, il faut réévaluer ce traitement à un moment donné. Chacun le sait : il est très important d'avoir une pression artérielle normale : ni trop basse, ni trop haute. Quand on introduit un médicament anti-hypertenseur, on doit contrôler, à quatre semaines, à huit semaines, que ce traitement est bien efficace... et on se fixe un seuil : la pression artérielle doit être inférieure ou égale à 14 ou 15. On surveillera à la fois la tolérance et l'efficacité. La tolérance, ce sera par exemple s'assurer qu'il n'y a pas une trop grande chute de la tension quand les sujets âgés se mettent debout.

Canicule et déshydratation

On parlait tout à l'heure de la canicule, du problème de déshydratation... Que faut-il conseiller à ce propos ?

Boire bien entendu...

Oui mais pas boire que de l'eau ! Quand on a chaud, on perd de la sueur, et quand on perd de la sueur, on perd aussi du sel. Il ne faut donc pas supprimer totalement le sel de son alimentation. C'est encore plus vrai si l'on prend certains traitements diurétiques, pour ne pas se « noyer » dans l'eau au risque d'être victime d'une hyponatrémie (*Ndlr : excès d'eau par rapport au sodium*), avec des conséquences possibles au niveau cérébral. Il faut garder un équilibre entre l'eau et le sel, ne pas boire que de l'eau plate, boire aussi des bouillons, des soupes salées, voire des eaux minérales très salées, comme : Vichy Célestins ou Vichy Saint Yorre, ce qui n'est possible bien sûr que si l'on n'a pas d'insuffisance cardiaque.

Du côté des médicaments à destinée cardiologique... existe-t-il d'autres spécificités liées à l'âge ?

Nous voyons souvent arriver dans nos services des patients avec des traitements cardiologiques très lourds, cinq ou six traitements. Ce qui peut poser problème, quand on sait qu'un patient de 80 ans sur cinq a des troubles de mémoire. Il faut alors « sécuriser » la prise de médicament.

Pour cela, il existe de multiples techniques. Par exemple : le passage d'une infirmière, le remplissage sécurisé d'un pilulier, l'aide de la personne qui cohabite avec le patient traité. Cela peut être aussi, pour les personnes isolées, de demander aux familles de téléphoner à des heures fixes pour que les traitements soient pris.

Le rôle du pharmacien

Et le rôle du pharmacien ?

Le pharmacien, c'est sûrement quelqu'un qui connaît bien le patient, son automédication, l'ensemble des ordonnances du patient... Il a un rôle de vigilance.

En outre il peut, et même il doit participer à l'éducation du patient. Ce qu'on peut regretter à ce sujet, c'est l'absence d'espace de confidentialité dans les pharmacies, ce qui ne permet pas de s'épancher sur ses traitements. Il faudrait sans doute prévoir, comme cela se fait dans certains pays, des espaces d'éducation thérapeutique dans les pharmacies, qui permettent de respecter le secret médical.

A propos de l'automédication...

L'automédication, on en parle beaucoup en ce moment, voire on l'encourage. Que pouvez-vous dire à ce propos ?

Je pense que nous, médecins, ne nous intéressons pas toujours suffisamment aux priorités de nos patients. Lorsqu'on réévalue les traitements médicamenteux d'un patient âgé, il faut l'interroger sur ses troubles du sommeil, son transit intestinal, sa douleur, son anxiété, pour savoir comment il gère ces symptômes, qui sont le plus souvent à l'origine d'une automédication. Certains patients le gèrent naturellement en mangeant des fibres,

en prenant des bains chauds, un chocolat chaud le soir pour s'endormir, etc. D'autres ont recours aux médicaments et il est important que leur médecin le sache. Prenons l'exemple des anticoagulants (*Ndlr : lire aussi à ce propos l'article page 16*). Beaucoup de patients prennent (à tort) de l'aspirine alors qu'ils suivent un traitement anticoagulant. Il est donc important pour un médecin de savoir comment ses patients vont réagir en cas de douleur aiguë par exemple.

... et de la polymédication

Autre situation : la polymédication. Quels problèmes peut-elle engendrer ?

Le fait de prendre plusieurs traitements augmente le risque d'interactions et d'accidents iatrogéniques (*Ndlr : résultant d'un traitement médical*), dont certains peuvent être graves. Plus un patient prend de traitements, plus c'est une chance pour lui lorsqu'ils sont bien prescrits parce qu'ils sont utiles, mais ils peuvent aussi être dangereux. Il faut donc d'une part veiller à la bonne observance, aux bonnes doses et aux bons moments, d'autre part éduquer les patients sur les signes d'alerte et les situations à risque : coup de chaleur, manque d'appétit, infection, douleur aiguë....

Education du patient et observance

Nous en arrivons donc tout naturellement à l'éducation du patient, à l'observance...

Bien sûr certaines personnes âgées oublient de prendre leurs traitements (les jeunes aussi, il faut le savoir)... Bien sûr certaines d'entre elles ont des troubles de la mémoire : il s'agit alors de sécuriser la prise, mettre en place un pilulier, faire appel à la famille, à une infirmière, prévoir un suivi rigoureux, nous l'avons vu tout à l'heure... Mais pour la majorité des personnes âgées, le fait de ne pas suivre son traitement est intentionnel. Il y a des raisons à cela. Si certains patients, par exemple, ne prennent pas leur diurétique du matin, c'est parce qu'ils savent qu'ils vont avoir besoin d'uriner à 10h00. S'ils ont quelque chose d'important à faire à cette heure-là, ils ne le prendront pas. Adapter l'heure de la prise du diurétique à l'activité du patient, peut l'aider à être plus observant. Médecin et patient doivent en tout cas en parler.

Si un patient saute intentionnellement un ou plusieurs de ses médicaments, c'est peut-être en raison de l'inconfort qu'ils représentent, ou parce qu'ils se sont pas pratiques à prendre, ou bien parce qu'il ne perçoit pas leur efficacité, ou encore parce qu'il ressent des effets secondaires dont il n'ose pas parler à son médecin... par crainte de le culpabiliser ou de détériorer les relations. Il peut y avoir aussi des problèmes de compréhension du traitement. D'où l'intérêt de favoriser le dialogue entre le patient et le médecin. D'où aussi la nécessité de promouvoir des consultations de réévaluation qui permettraient de faire le point régulièrement avec le patient sur ses maladies, ses traitements, et de le faire bénéficier d'une véritable éducation pour une meilleure observance, une connaissance des signes d'alerte et des situations déstabilisantes.

Propos recueillis par Guy Malherbe