

Optimiser l'utilisation des médicaments chez la personne âgée

Tout un programme...

Anne Spinewine

Pharmacien clinicien, Dr Sciences Pharmaceutiques
Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, et Centre de Pharmacie Clinique
Université catholique de Louvain

pharmacie



... Un défi à relever pour le pharmacien



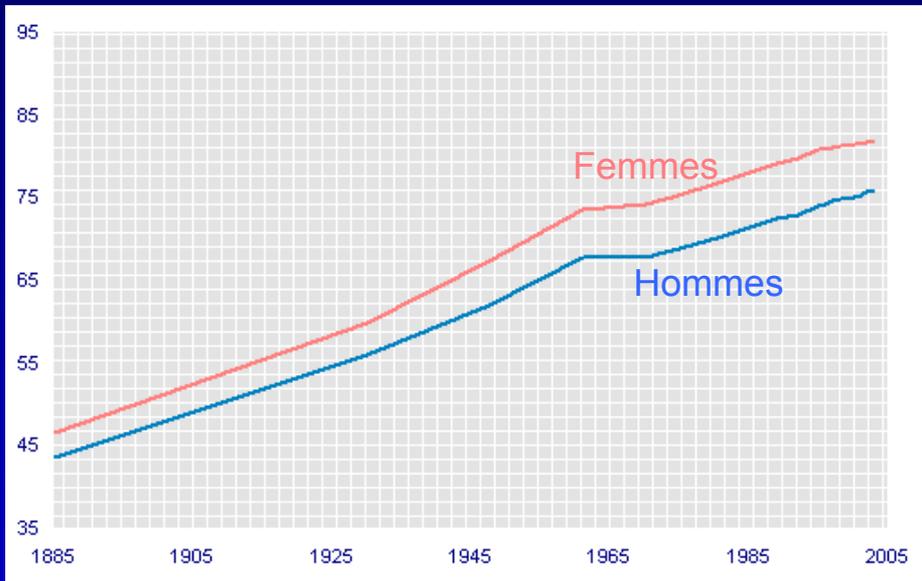
Contenu



1. Introduction: personnes âgées, fragilité et médicaments
2. Problèmes liés à l'utilisation des médicaments chez la personne âgée
3. Messages importants pour limiter les risques
4. Le rôle du pharmacien
5. En pratique

Introduction: la population âgée

Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Belgique



Source: SPF Économie - Direction générale Statistique et Information économique.

Perspectives de vieillissement de la population, par groupe d'âge

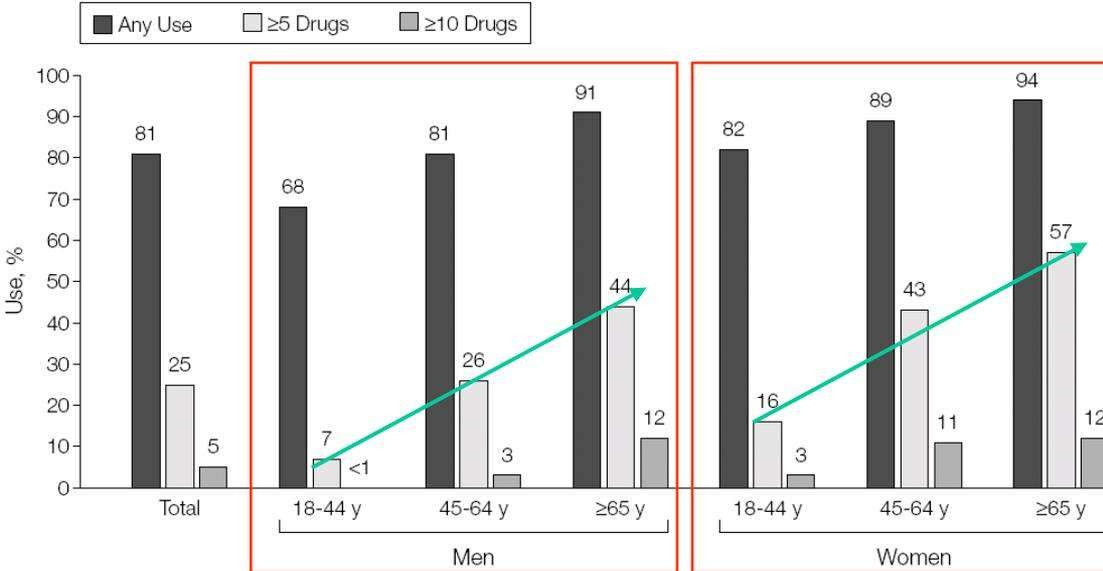
	<u>60-69</u>	<u>70-79</u>	<u>80 et +</u>
2000	10%	8.2%	3.7%
2010	10.7%	7.9%	5.1%
2030	13%	10.8%	6.9%

Source: Direction générale Statistique et Information économique - Service Démographique

↑ croissante de la proportion de personnes institutionnalisées

Population âgée et consommation médicamenteuse

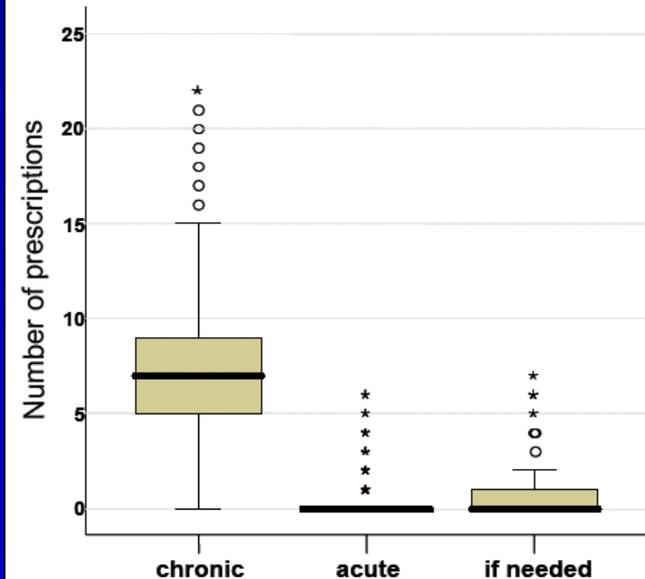
Figure 1. Use of Medications During the Preceding Week, by Sex and Age



The Slone Survey - Kaufman DW et al. JAMA 2002;287:337-44

Etude PHEBE, rapport KCE 2007

Figure 3.21: Number of medications per patient for chronic, acute, and "as needed" medication (N=2510)

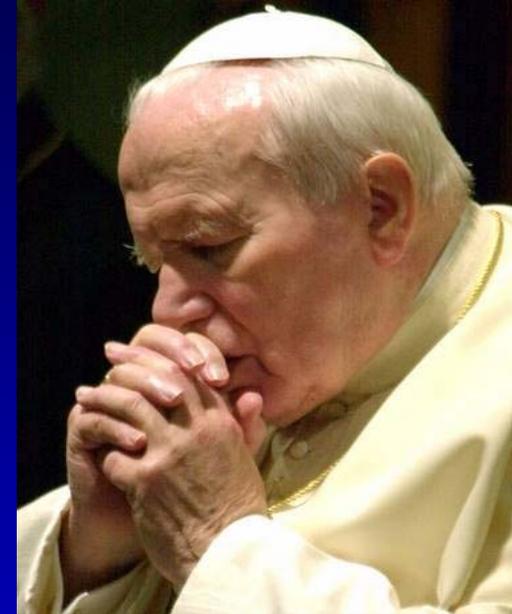


Âgé? Fragile?? Gériatrique???



« Âgé »
≥ 65 ans, ≥ 75 ans

« Fragile »
Déclin fonctionnel
Syndromes gériatriques



- Instabilité et chutes
- Incontinence
- Infection
- Effets iatrogènes
- Confusion aiguë
- Dénutrition
- Immobilisation

2. Problèmes liés à l'utilisation des médicaments



- Événements iatrogènes
- Pourquoi la PA est-elle plus à risque?
- Prescription inappropriée
- Compliance
- Continuité des soins

2.1. Événements iatrogènes

Madame AB, 75 ans, vivant au domicile avec son mari, est admise dans le service de gériatrie aiguë. Elle avait été hospitalisée il y a 1 mois en orthopédie pour une fracture du poignet suite à une chute. Depuis quelques jours, elle se plaint de dyspnée croissante, au point de ne plus pouvoir monter une rangée d'escaliers. Un diagnostic de **décompensation cardiaque** est établi. **IATROGENE?**

Elle prend les médicaments suivants:

Glucovance[®] 2x/j, Cardioaspirine[®] 1x/j, Isoten mitis[®] ½ co le matin, Coruno[®] 1x/j, Temesta[®] 1mg au coucher, Clexane[®] 60 depuis l'hospitalisation en chirurgie, **Feldene[®]** à la demande pour la douleur liée à la fracture et au plâtre.

2.1. Événements iatrogènes

Madame AB, 75 ans, vivant au domicile avec son mari, est admise dans le service de gériatrie aiguë. Elle avait été hospitalisée il y a 1 mois en orthopédie pour une fracture du poignet suite à une chute. Depuis quelques jours, elle se plaint de dyspnée croissante, au point de ne plus pouvoir monter une rangée d'escaliers. Un diagnostic de décompensation cardiaque est établi.

Elle prend les médicaments suivants:

Glucovance® 2x/j, Cardioaspirine® 1x/j, Isoten mitis® ½ co le matin, Coruno® 1x/j, Temesta® 1mg au coucher, Clexane® 60 depuis l'hospitalisation en chirurgie, Feldene® à la demande pour la douleur liée à la fracture et au plâtre.

Conséquences

- Hospitalisation
- Coût pour patiente + société
- ↓ qualité de vie

Causes?

- Prescription AINS inappropriée
- Manque d'informations/conseils sur le médicament?
- Compliance?

Évitable?

Très probablement

2.1. Événements iatrogènes

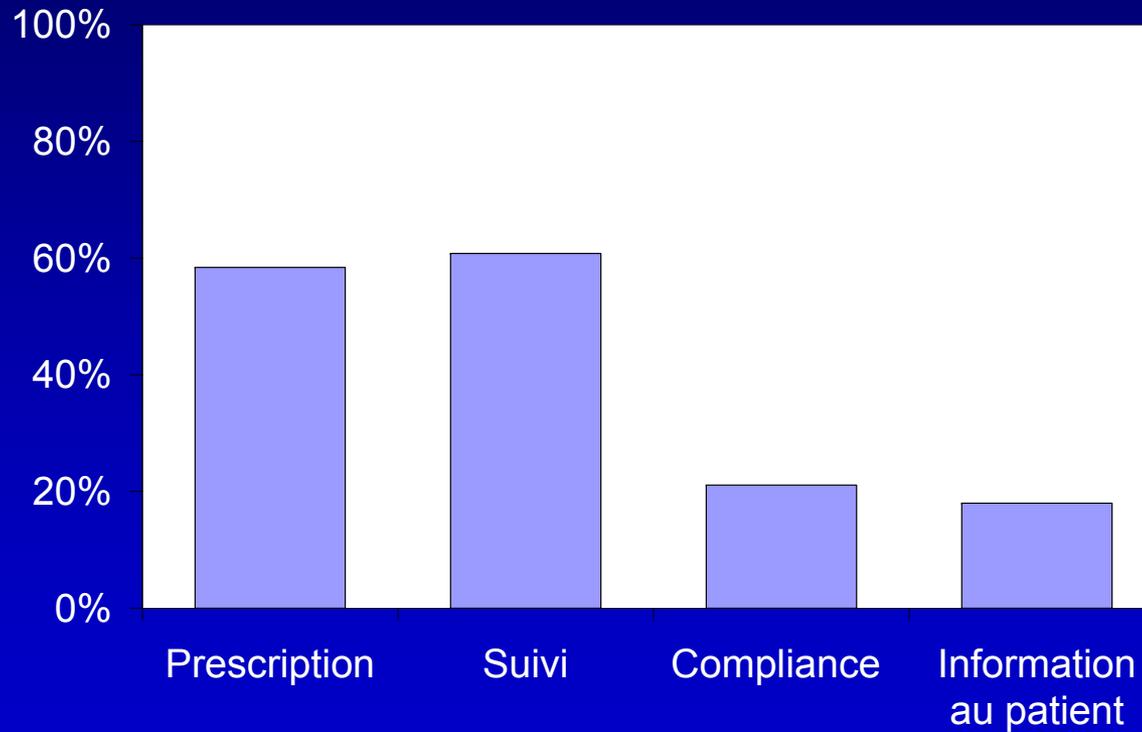


- 5-20% des hospitalisations = conséquence d'un événement iatrogène
- 40-50% pourraient être évités par une meilleure utilisation du médicament
- 1 € dépensé pour l'achat d'un médicament : 1.33 € dépensés pour la prise en charge des conséquences thérapeutiques délétères (Bootman et al., 1997)
- Relation directe avec le nombre de médicaments pris par le patient
- ~ 2x plus fréquents chez la PA

2.1. Événements iatrogènes



Etapes d'utilisation des médicaments à l'origine des événements iatrogènes évitables

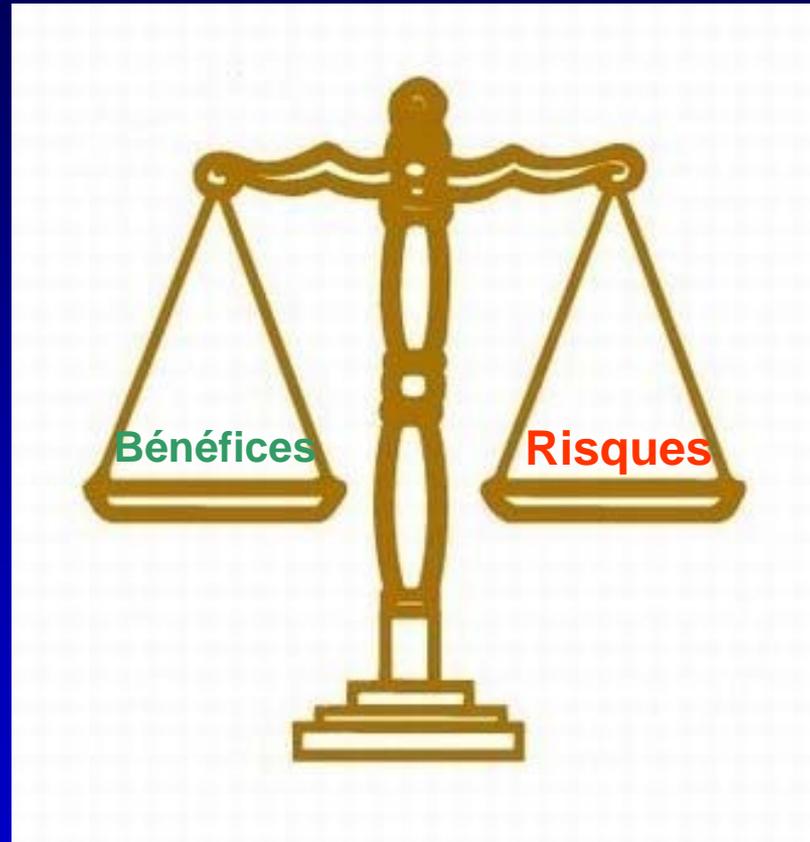


2.2. Pourquoi la PA est-elle plus à risque?



- Comorbidités
- Polymédication
- Modifications des propriétés PK / PD des médicaments
- Peu de données scientifiques (études cliniques, guidelines)
- Compliance: Troubles cognitifs, limitations physiques

2.3. Problèmes de prescription



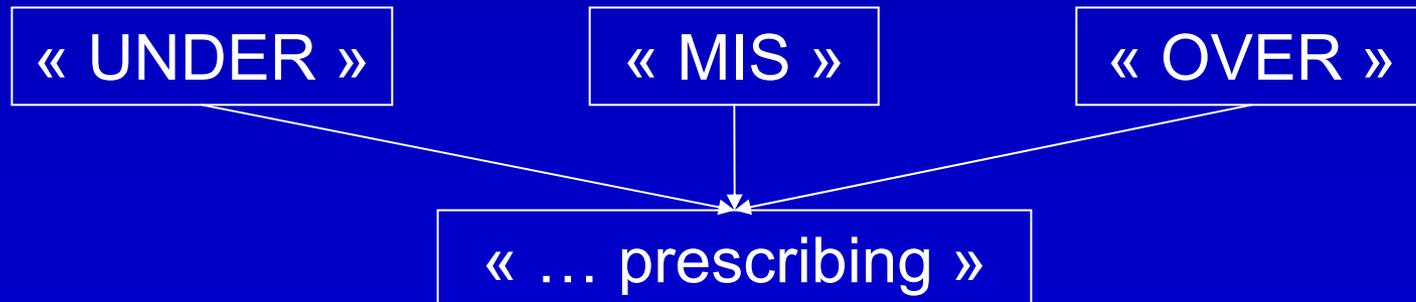
2.3. Problèmes de prescription

Qu'est-ce qu'une prescription appropriée?

« Une prescription qui permet un traitement aussi efficace et aussi sûr que possible, tout en minimisant les coûts, et en respectant le choix du patient. » (Barber , 1996)

Prescriptions dites « inappropriées »

3 catégories:



2.3. Problèmes de prescription

- « Over » = prescription sans indication valable
 - Ex: neuroleptiques, IPP, ISRS, laxatifs, ...
 - ! Réévaluation régulière du traitement

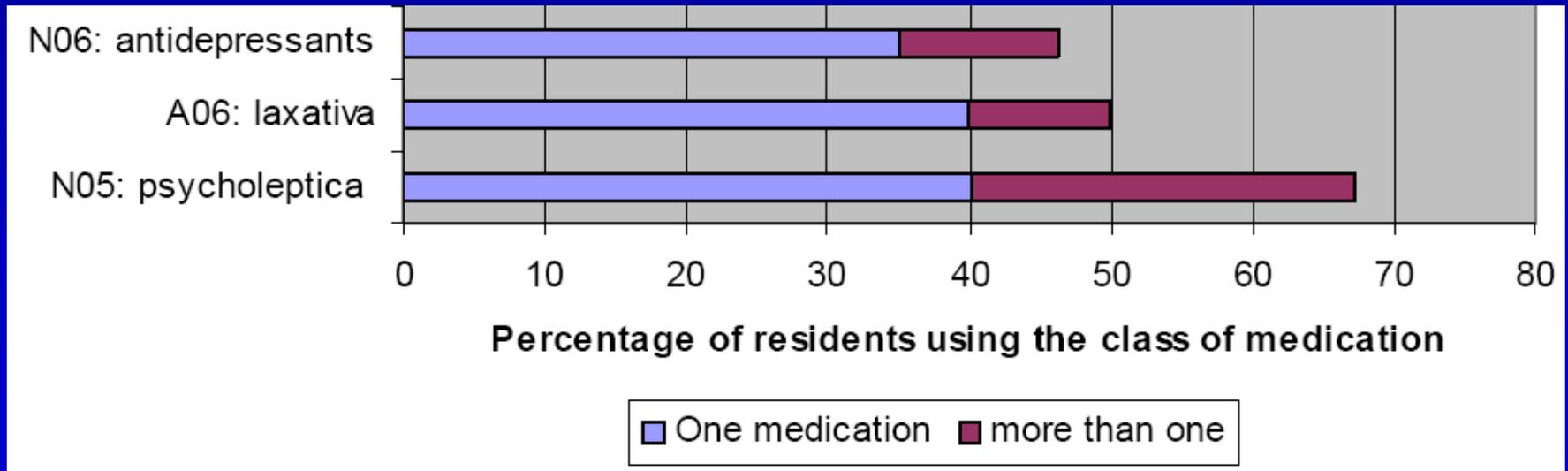
Exemple: Fahey et al., BMJ 2003;326:580

- Etude d'observation, 172 patients en MR et 526 patients ambulatoires, ≥ 65 ans
- Prescription d'un neuroleptique sans indication dans le dossier:
 - 33% des patients en MR, 9% des patients ambulatoires
- Prescription d'un laxatif sans indication dans le dossier:
 - 48% des patients en MR, 32% des patients ambulatoires

2.3. Problèmes de prescription

- « Over » = prescription sans indication valable
 - Ex: neuroleptiques, IPP, ISRS, laxatifs, ...
 - ! Réévaluation régulière du traitement

Exemple: Etude PHEBE (2007)



2.3. Problèmes de prescription

- « Mis » = prescription inappropriée en termes de:
 - Dose
 - ranitidine 300 si IR, aspirine 160mg si antécédent ulcère, ...
 - Choix de médicament
 - piroxicam, prazepam, paraffine liquide, ...
 - Interaction médicament-médicament
 - Association antiH₁ (p ex Nortussine[®] + Atarax[®]), fluconazole + simvastatine, donepezil + oxybutinine
 - Interaction médicament-pathologie
 - AINS ou co efferv et HTA/ IC, BZD et chute, butylscopolamine et confusion,...

2.3. Problèmes de prescription

- « Mis » = prescription inappropriée en termes de:
 - Administration non pratique pour le patient
 - Losec[®] plutôt que Losec mups[®] chez patient avec troubles de déglutition, gouttes si problèmes de vision, Tildiem[®] 60 3x plutôt que Tildiem retard[®] 200,...
 - Coût
 - ...

Listes de médicaments inappropriés chez la personne âgée

Tableau 2. Exemples de médicaments faisant partie des « listes de médicaments à éviter en gériatrie »

DCI	Nom commercial*	Explication
Diphenhydramine	Benadryl, Benylin, Nuicalm, R Calm,	Risque de confusion et de sédation, ne devrait pas être utilisé comme hypnotique
Cyproheptadine, Dexchlorpheniramine, Hydroxyzine, Promethazine	Periactin, Polaramine, Atarax, Phenergan	Effets anticholinergiques ++ → préférer anti-histaminique plus récent sans activité anticholinergique
Ergoloid mesylate	Hydergine, Ibexone, Stofilan	Manque de preuves d'efficacité
Amiodarone	Cordarone	Risque de prolongation de l'intervalle QT et de torsades de pointe. Manque d'efficacité en gériatrie.
Propoxyphene	Depronol, Algophene	Peu d'avantages par rapport au paracétamol, et effets secondaires des opiacés
Clorazepate, diazepam, flurazepam	UniTranxene, Valium, Staurodorm	Très longue demi-vie en gériatrie (plusieurs jours), et ↑ risque sédation, chutes, fractures
Lorazepam > 3mg / alprazolam > 2mg	Temesta, Serenase, Loridem / Xanax	Doses plus faibles efficaces en gériatrie, et moindre risque d'effets secondaires
Amitriptyline	Redomex, Tryptizol	Effets anticholinergiques et sédation ++ → mauvais choix d'antidépresseur en gériatrie
Fluoxetine	Prozac, Fluoxone, Fontex, Florimed	Longue demi-vie. Risque d'agitation, troubles du sommeil, stimulation SNC
Laxatifs stimulants : bisacodyl, picosulfate, anthraquinones	Dulcolax, Softene, Wylaxine,...	Inapproprié si utilisation à long terme, sauf si utilisation concomitante d'opiacés. Peut exacerber une dysfonction intestinale
Cimétidine	Tagamet, Nuardin	Effets secondaires SNC, y compris confusion
Piroxicam	Feldene, Solicam	Risque élevé de saignement gastro-intestinal, HTA, décompensation cardiaque, insuffisance rénale

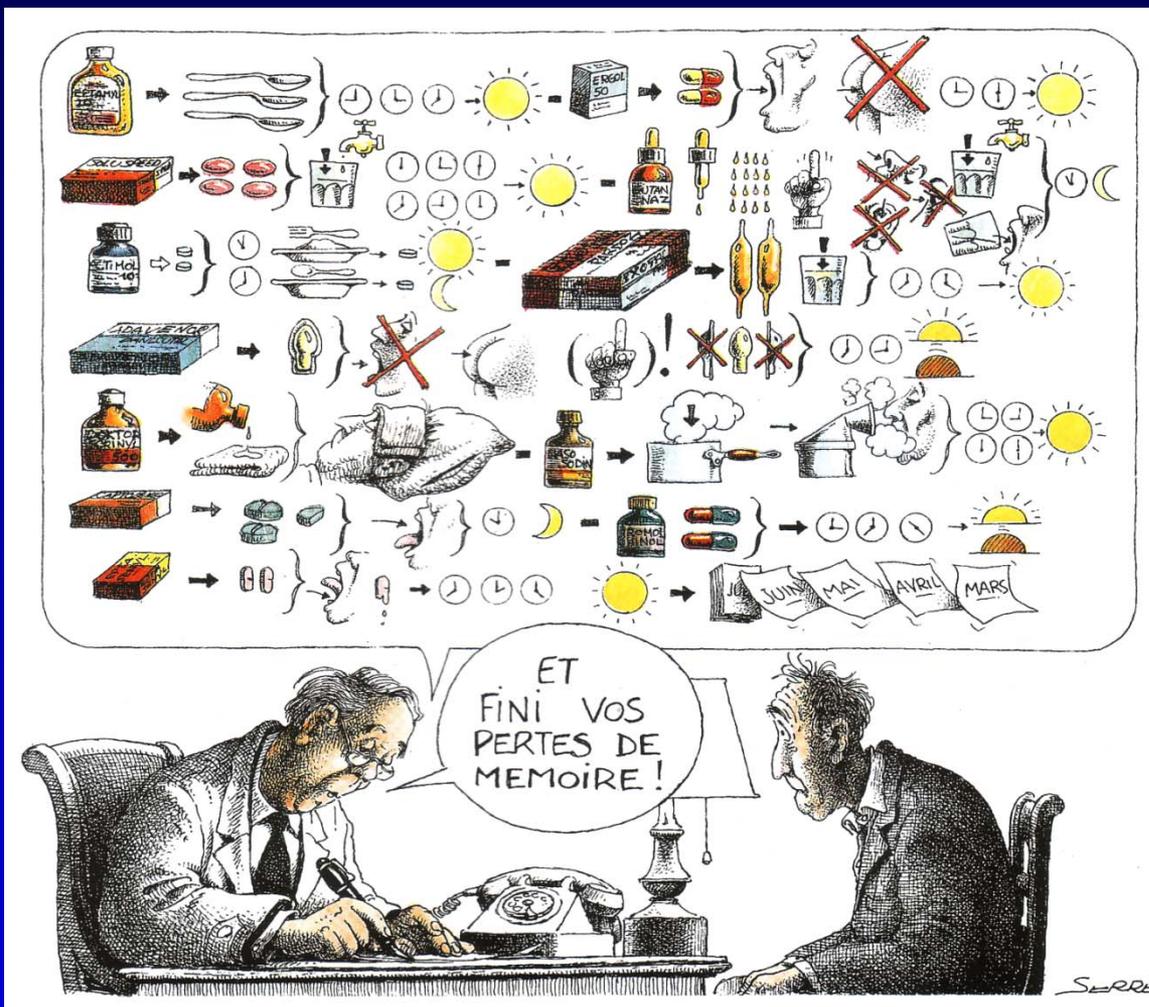
*Liste non-exhaustive

Cascade médicamenteuse



- Douleur → AINS
→ hypertension → anti-HT
- Douleur → dérivé morphinique
→ Nausées → Métoprolol
→ syndrome extrapyramidal → anti-parkinsonien

Cascade médicamenteuse



2.3. Problèmes de prescription

- « Under » = pas de prescription alors qu'il y a une indication pour prévenir ou traiter une maladie
 - ! âgisme

Ostéoporose

FA

CMI

Insuff cardiaque

Infarctus myoc

Diabète

Douleur

Dépression

72% des patients ne reçoivent pas de R/

40% ne reçoivent pas d'anticoag / aspirine

42% ne reçoivent pas d'aspirine

42% ne reçoivent pas d'IECA

61% ne reçoivent pas de β -bloquant

40% ne reçoivent pas d'aspirine

2.4. Problèmes d'administration et de compliance

- Concernent 1 PA sur 2 !
- Non-compliance
 - Intentionnelle (effet sec, coût,...)
 - Non-intentionnelle
 - Ne pas croire que « les gens savent » !

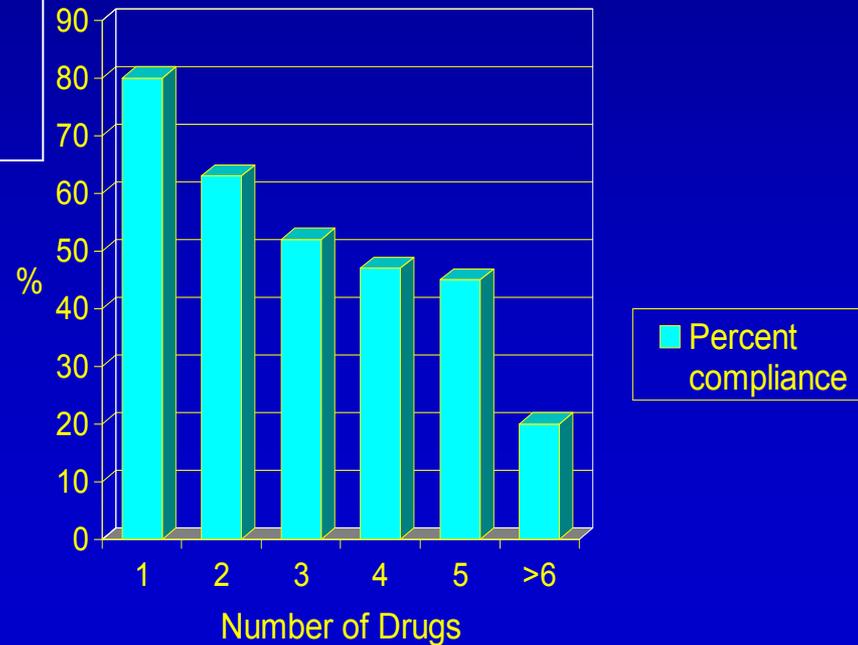
- 20-30% des patients prenant un tx pour l'OP l'arrêtent dans les 6-12 mois; 12-18% des patients prenant un bisphosphonate ne se conforment pas à toutes les modalités d'administration (Paioannou, 2007)

- 10% des patients gériatriques ne savent pas enlever les comprimés des blisters (Wilbur, 2007)

2.4. Problèmes d'administration et de compliance

Non compliance augmente si:

- ≥ 3 médicaments OR 2.5
- ≥ 1 prescripteur OR 2.5
- Patient vit seul OR 2.0
- Démence probable OR 9.0





Compliance

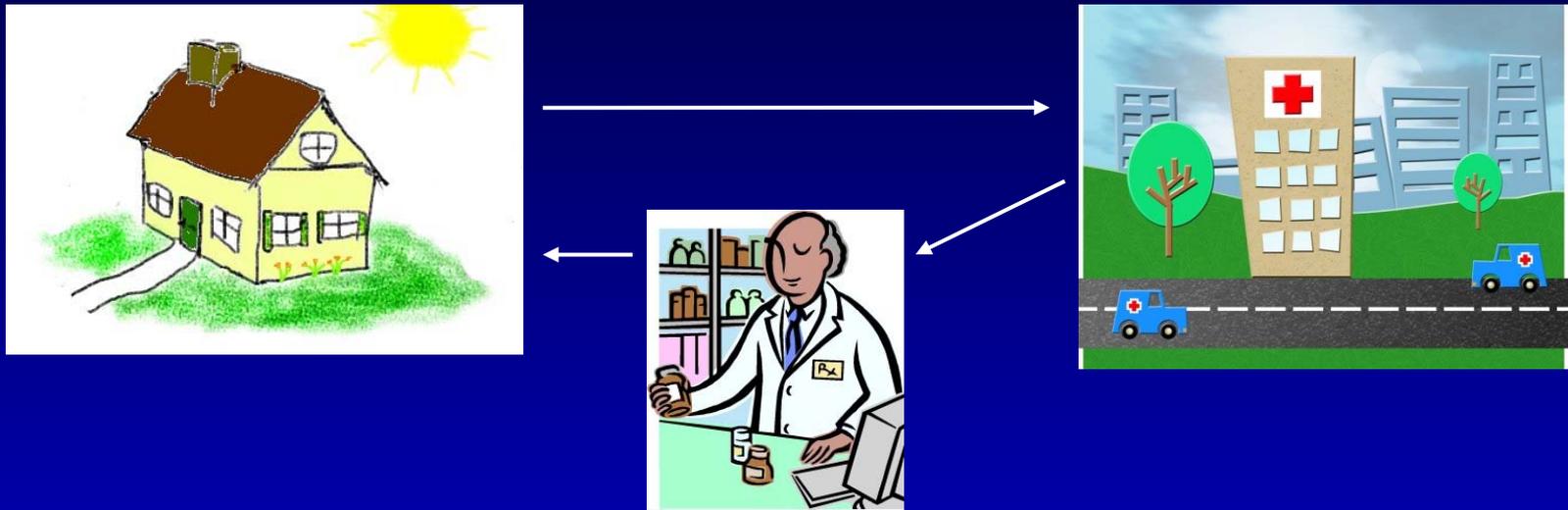
...

Concordance



L'avis du patient,
ça compte aussi!

2.5. Problèmes de continuité des soins



Exemple (Whiterington, 2008)

- 108 patients ≥ 75 ans, réadmis aux urgences 1 mois après la sortie de l'hôpital
 - Réadmission « iatrogène » dans 38% des cas
 - 61% auraient pu être évités
 - Manque de communication sur les médicaments: 54% des patients

3. Messages importants pour limiter les risques



3. Messages importants pour limiter les risques

1.

Nouvelle « plainte »

Événement iatrogène?

! Changements récents de tx

2.

Plainte nb médicaments

→ réévaluation tx

Plainte coût

(+ discussion MT)

3.

Nouveau médicament

Interactions?

Doses de départ correctes?

Information/éducation

! nouveau prescripteur, transferts

3. Messages importants pour limiter les risques

4.

Délivrance d'OTC

! Rapport bénéfice:risques

Alternative non-pharmacol.?

Interactions avec tx en cours?

Information orale + écrite

5.

Ne pas sous-estimer les besoins d'information/
d'éducation, yc pour les médicaments pris depuis
longtemps

6.

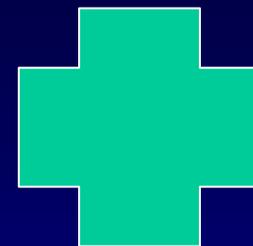
Concordance ... ne jamais prendre de décision contre le
gré du patient

4. Le rôle du pharmacien, et quelques idées de l'étranger



- En officine ouverte au public
- En maison de repos (et de soins)
- En hôpital

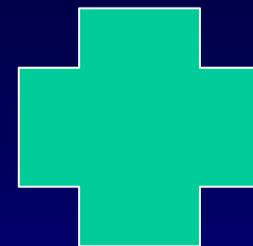
4.1. Rôle du pharmacien en officine ouverte au public



Avant la pratique, quelques pistes de réflexion:

- Détection, prise en charge et prévention des événements iatrogènes
- Dossier médical inaccessible, mais historique des délivrances à exploiter!
- Conseil patient, conseil patient, conseil patient
- Encourager les contacts avec les MTs

4.1. Rôle du pharmacien en officine ouverte au public



Soins pharmaceutiques:

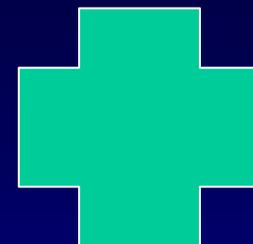
- Projets « pilotes » en Belgique / Europe

Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries.

Bernsten C et al. Drugs Aging 2001;18:63-77

- Etude randomisée contrôlée, 18 mois, 190 officines
- Impact soins pharmaceutiques: meilleur contrôle de la maladie selon les patients, ↓ coûts, ↑ satisfaction patients, pharmaciens et MTs

4.1. Rôle du pharmacien en officine ouverte au public



Where now for pharmacist led medication review?

Richard Holland, Richard Smith, Ian Harvey

.....

Medication review has the potential to yield benefits but it is still unproved whether it is an effective use of scarce health resources even when optimally delivered.

Holland R et al., J Epidemiol Community Health 2006;60:92–3

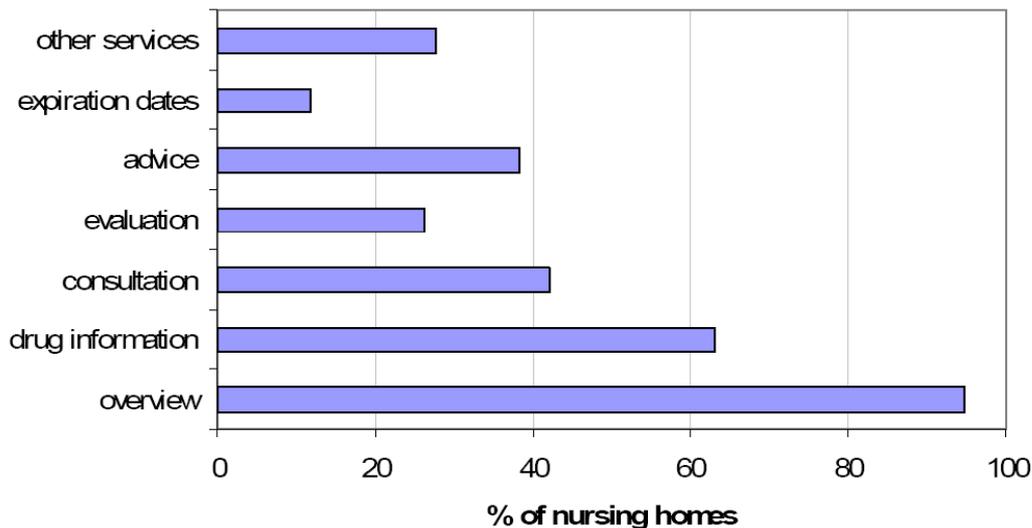
Québec

 l'Opinion
Pharmaceutique

4.2. Rôle du pharmacien en MRS

En Belgique

Figure 3.5: Services provided by the pharmacy



Niveau
d'investissement des
pharmaciens
relativement limité

Etude PHEBE, rapport KCE 2007

"Nous avons pu observer une diminution du nombre de problèmes de qualité dans les institutions où (...) le pharmacien local jouait un rôle actif dans la gestion des médicaments. (...) Une amélioration avec le pharmacien dispensateur (...) est susceptible d'améliorer la qualité de la médication (...).

4.2. Rôle du pharmacien en MRS

A l'étranger



- USA: Législation fédérale
 - le traitement de chaque résident doit être revu au moins 1x/mois par un pharmacien consultant;
 - celui-ci doit notifier au médecin et à l'infirmier-chef toute « irrégularité » observée

Consultant Pharmacist Drug Therapy Evaluation Form and Physician Notification

Federal Tag # F429, Interpretive Guidelines: 483.60 (c)(2):
The Pharmacist must report any irregularities to the attending Physician and the D.O.N., and these reports must be acted upon.

Dear Physician,
The above regulation requires notifying you of potential drug therapy problems. For further explanation of potential problem see the reverse side of this form. To facilitate this process we are providing this form: please evaluate, respond, sign and return to the facility.

Facility Staff/
Consulting R.Ph.

Above Irregularities Noted By: _____ Physician _____ Date _____

A1	A2	A3	A4	A5	A6	B7	B8	B9	B10	B11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	
C24	C25	C26	C27	D28	D29	D30	D31	D32	D33	E34	E35	E36	E37	E38	F39	F40	F41	42	43	44	45	46	47

Resident Name _____ Facility Name _____ Date _____

Physician's Name _____

Comments: _____

No. of Meds: _____ No Irregularities Noted

Physician/Facility Response: _____

All resulting order(s) to be transcribed to accepted order form per facility policy.

R.Ph. _____ Date _____ Nurse _____ Date _____

Therapy adjusted OTHER, explain: _____

These measures are deemed appropriate for continued satisfactory care of this resident.

4.2. Rôle du pharmacien en MRS

A l'étranger

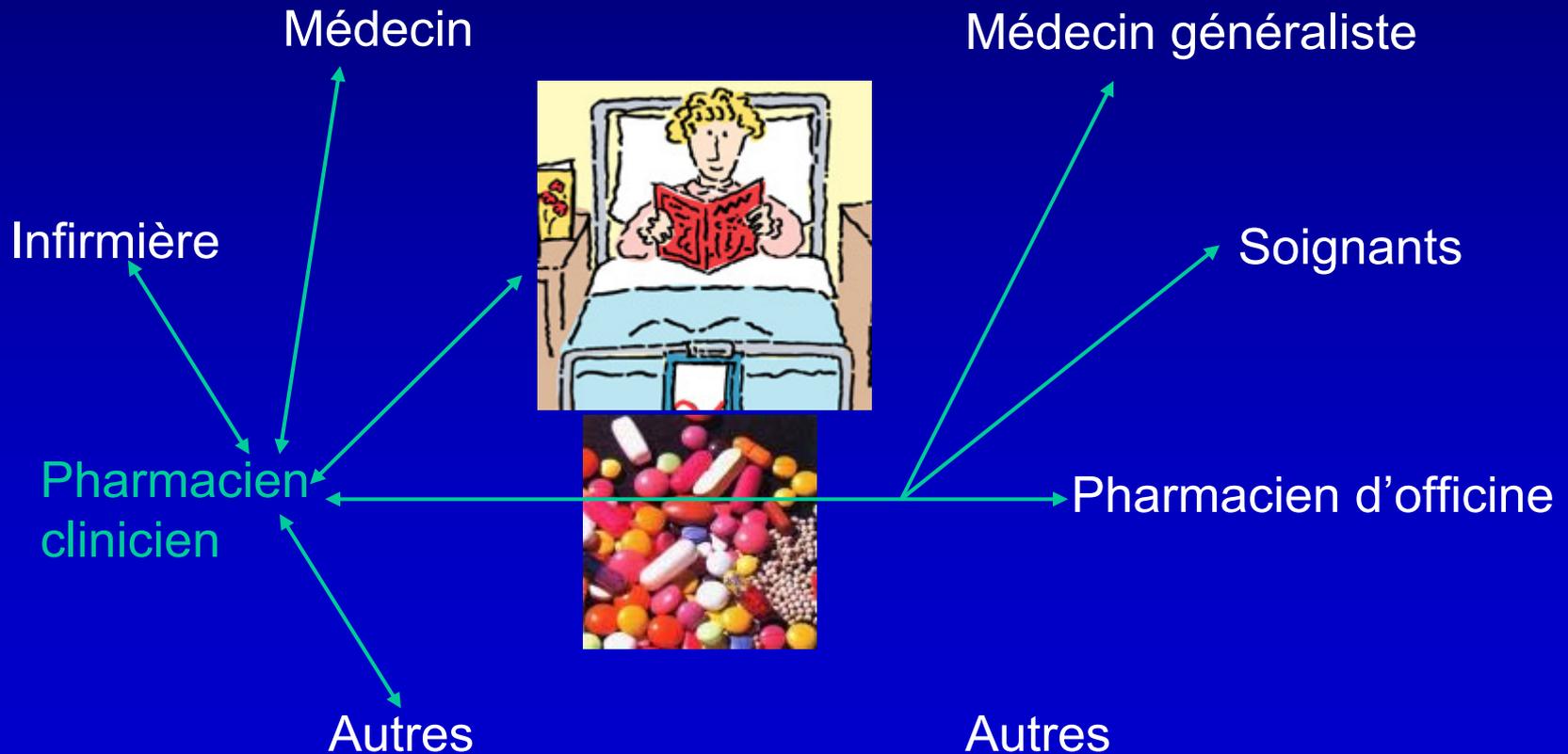


- Australie (Roughead et al., Drugs Ageing 2003; 20:643-53)
 - 1991-2002: mise en place de différents services pour améliorer l'utilisation des médicaments:
 - Réévaluation des traitements / pharmacie clinique
 - Commissions de conseil sur les médicaments
 - 50% des pharmaciens australiens sont enregistrés pour fournir ces services
 - Impact:
 - ↓ utilisation BZD, laxatifs, AINS, anti-acides
 - ↓ taux d'erreurs d'administration

4.3. Rôle du pharmacien en hôpital - pharmacie clinique

Hôpital

Ambulatoire



4.3. Rôle du pharmacien en hôpital - pharmacie clinique

Implementation of Ward-Based Clinical Pharmacy Services in Belgium—Description of the Impact on a Geriatric Unit

Anne Spinewine, Soraya Dhillon, Louise Mallet, Paul M Tulkens, Léon Wilmotte, and Christian Swine

Effect of a Collaborative Approach on the Quality of Prescribing for Geriatric Inpatients: A Randomized, Controlled Trial

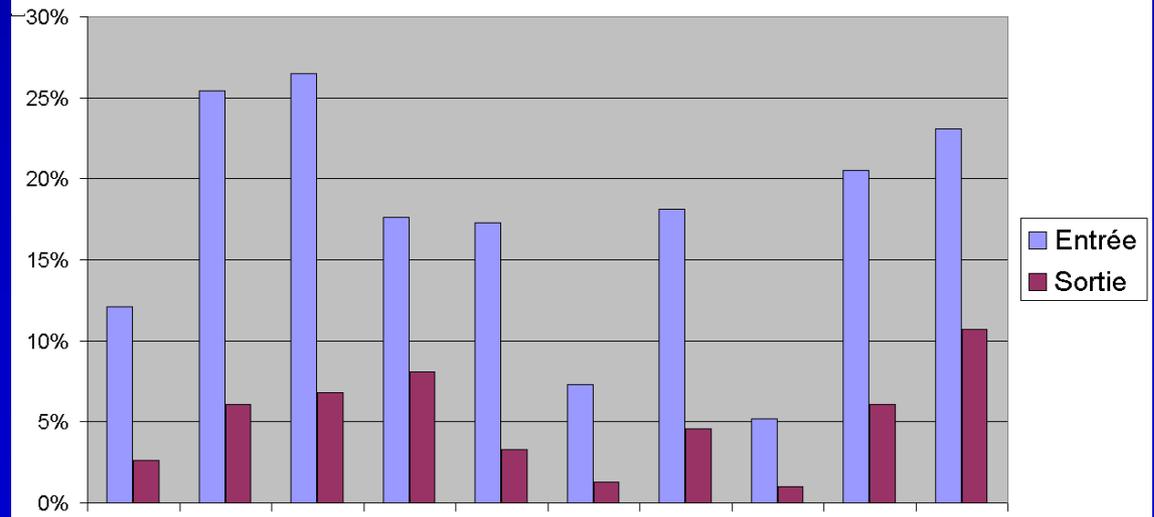
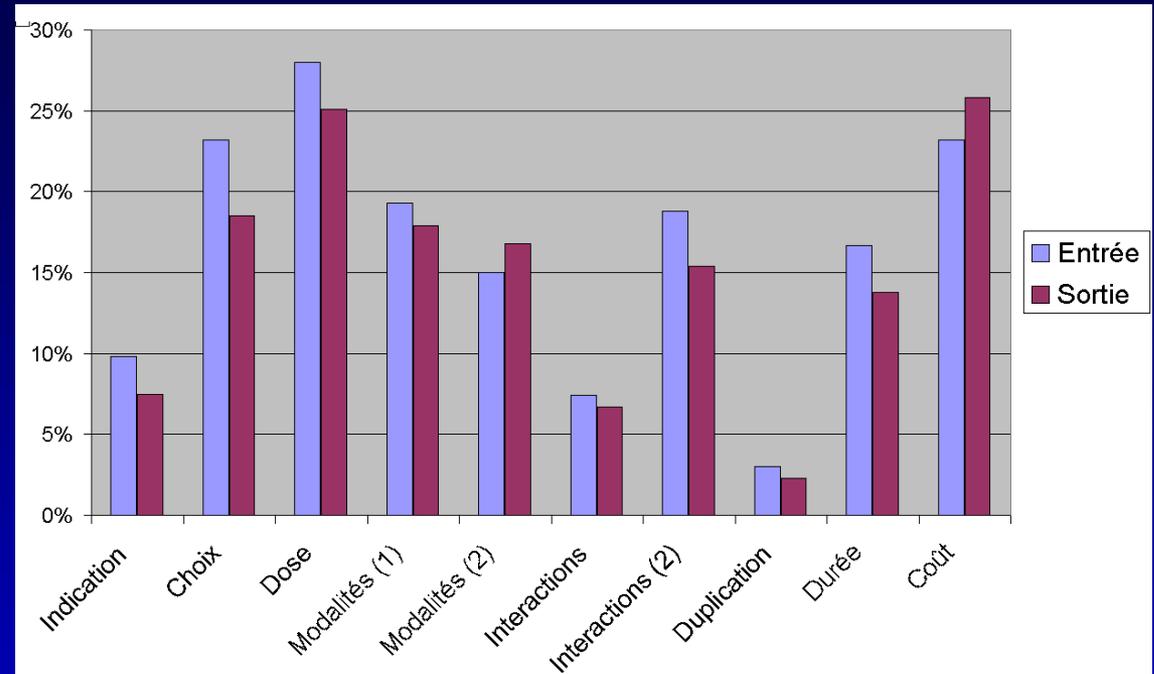
Anne Spinewine, PhD, Christian Swine, MD,*§ Soraya Dhillon, PhD,|| Philippe Lambert, PhD,¶
Jean B. Nachega, MD, MPH, DTM&H,*** Léon Wilmotte, MPharm,*† and
Paul M. Tulkens, MD, PhD*‡*

Pharmacie clinique

Service de
gériatrie

% de
prescriptions
inappropriées

Service de
gériatrie avec
pharmacien
clinicien

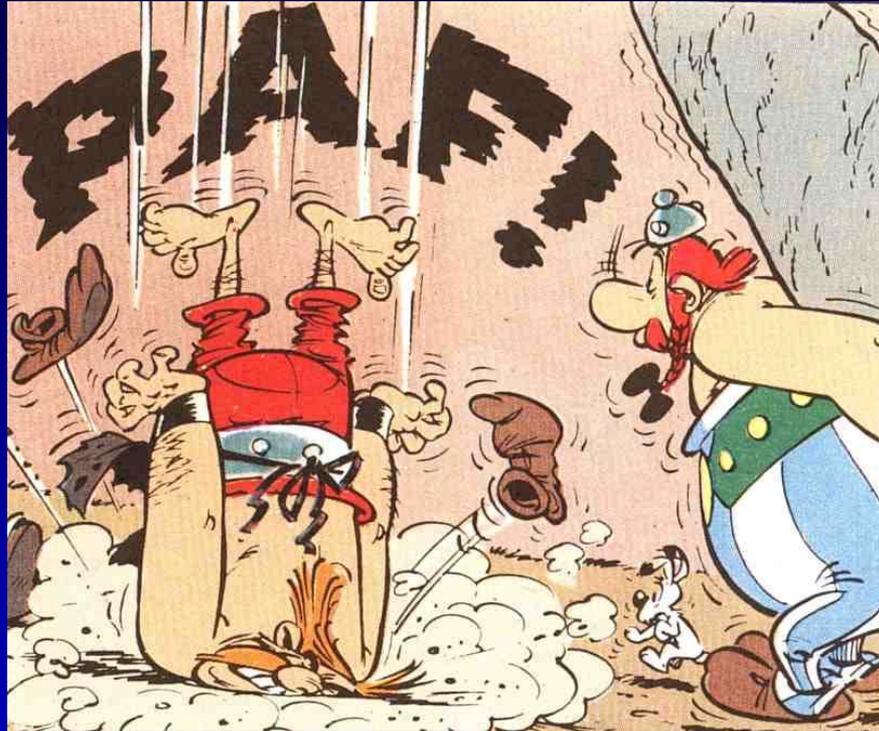


5. En pratique



- 3 problèmes souvent iatrogènes: chutes, syndrome confusionnel et constipation
- ...: too much!
- Ostéoporose et fracture: trop peu (compliance)
- Compliance: comment aider?

5.1. Les chutes



- Un syndrome gériatrique
- Conséquences potentiellement graves en termes de mobilité, qualité de vie, mortalité
- Souvent une cause iatrogène (facteur causal ou contributif)

5.1. Les chutes

Médicaments potentiellement responsables:

- Médicaments à effets sédatifs : benzodiazépines, certains antidépresseurs, neuroleptiques, certains anti-histaminiques, gabapentine, opiacés, ...
- Antihypertenseurs (surtout si dose trop élevée)
- Médicaments provoquant de l'hypotension (orthostatique) : antiparkinsoniens, alpha-bloquants, opiacés, trazodone, ...
- (Hypoglycémiants)

Madame AB , 75 ans, vivant au domicile avec son mari, est admise dans le service de gériatrie aiguë. Elle avait été hospitalisée il y a 1 mois en orthopédie pour une fracture du poignet suite à une chute. (...)

Elle prend les médicaments suivants:

Glucovance[®] 2x/j, Cardioaspirine[®] 1x/j, Isoten mitis[®] ½ co le matin, Coruno[®] 1x/j, Temesta[®] 1mg au coucher, Clexane[®] 60 depuis l'hospitalisation en chirurgie, Feldene[®] à la demande pour la douleur liée à la fracture et au plâtre.

5.1. La confusion

« Mon grand-père, qui est habituellement assez lucide, perd complètement la tête depuis 2 jours. Il a voulu aller faire des courses alors qu'on était dimanche, il parle de ma grand-mère comme si elle était encore vivante, il ne nous écoute pas toujours quand on lui parle, ou alors il s'énerve quand on essaie de le recadrer. Je sais que son médecin traitant avait fait quelques changements dans ses médicaments récemment, mais je n'en sais pas plus. On est inquiets. »

Etiologie chez la PA

- Infection
- **Médicaments**
- Rétention urinaire
- Troubles électrolytiques
- Chirurgie récente
- Douleur
- ...

Facteurs favorisants

- Âge avancé
- Démence
- Sous-alimentation
- **Polymédication**
- Contention physique

5.1. La confusion

Médicaments pouvant induire de la confusion

- **Hypnotiques, sédatifs**: benzodiazépines (surtout à longue durée d'action), barbituriques
yc sevrage!
- **Narcotiques**
- **Médicaments avec une activité anticholinergique marquée**: atropine, scopolamine, certains antihistaminiques H₁, spasmolytiques, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, antiparkinsoniens, [n.d.l.r.: et disopyramide]
- **Médicaments cardio-vasculaires**: digitaliques, antiarythmiques (quinidine, procainamide, lidocaïne,), antihypertenseurs (β -bloquants, méthylodopa)
- **Médicaments gastro-intestinaux**: antihistaminiques H₂, métoclopramide
- **Divers**: antiinflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes, antiépileptiques, lithium

5.1. La constipation

- Extrêmement fréquent chez la PA !
- Causes: manque de mobilisation, apport insuffisant de liquides ou d'aliments riches en fibres, affaiblissement de la musculature du périnée, et **médicaments**

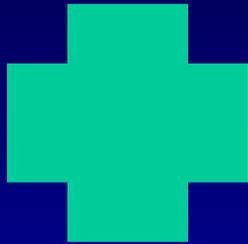
Médicaments potentiellement responsables:

- Opiacés
- **Anticholinergiques**, y compris antiparkinsoniens, antidépresseurs et neuroleptiques
- **Calcium, fer**
- Anticonvulsivants
- Antagonistes calciques (p ex vérapamil)
- Diurétiques hypokaliémiants
- **Antidiarrhéiques**

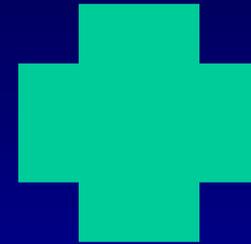
Les anticholinergiques ... plus qu'on ne le pense!

1. **Système nerveux** / Antiparkinsoniens / Anticholinergiques (6.5.5.)
2. **Système respiratoire** / Médicaments dans l'asthme et la BPCO / Anticholinergiques (4.1.2.)
3. **Système gastro-intestinal** / **Spasmolytiques** / Anticholinergiques (2.2.1.)
4. **Système respiratoire** / Médicaments dans l'asthme et la bpcO (4.1.)
5. **Système nerveux** / Antidépresseurs / Antidépresseurs tricycliques, substances apparentées, et isrs (6.3.1.)
6. **Système nerveux** / Antiparkinsoniens (6.5.)
7. Usage externe / Médicaments à usage ophtalmique / Mydriatiques - cycloplégiques (12.2.4.)
8. **Système nerveux** / Médicaments de la maladie d'Alzheimer / Autres médicaments de la maladie d'alzheimer (6.10.2.)
9. **Système nerveux** / **Antihistaminiques h1** (6.8.)
10. **Système nerveux** / Antipsychotiques (6.2.)
11. **Système respiratoire** / Médicaments des rhinites et sinusites / Préparations nasales / **Préparations contre la rhinite allergique** (4.4.2.3.)
12. **Système respiratoire** / **Antitussifs, mucolytiques et expectorants** / **Associations** (4.2.3.)
13. **Système uro-génital** / **Médicaments utilisés dans les problèmes vésicaux** (3.1.)
14. **Système gastro-intestinal** / **Spasmolytiques** (2.2.)
15. Médicaments divers / **Atropine** (14.15.)
16. **Système nerveux** / Antimigraineux / **Médicaments prophylactiques** (6.7.2.)
17. **Système nerveux** / Antiépileptiques / **Carbamazépine et oxcarbazépine** (6.6.2.)
18. **Système nerveux** / Antiparkinsoniens / **Amantadine** (6.5.6.)
19. **Système nerveux** / Antipsychotiques / **Phénothiazines et thioxanthènes** (6.2.1.)
20. Douleur et inflammation / Analgésiques - Antipyrétiques / **Néfopam** (5.1.4.)
21. **Système respiratoire** / Antitussifs, mucolytiques et expectorants / Antitussifs / **Antitussifs non narcotiques** (4.2.1.2.)
22. **Système gastro-intestinal** / Antiémétiques / Gastroprocinétiques / **Alizapride, dompéridone et métoclopramide** (2.4.1.1.)
23. **Système cardio-vasculaire** / Antiarythmiques / Classe I / **Classe ia** (1.3.1.1.)

Chute, confusion, constipation potentiellement iatrogènes



QUE FAIRE ???

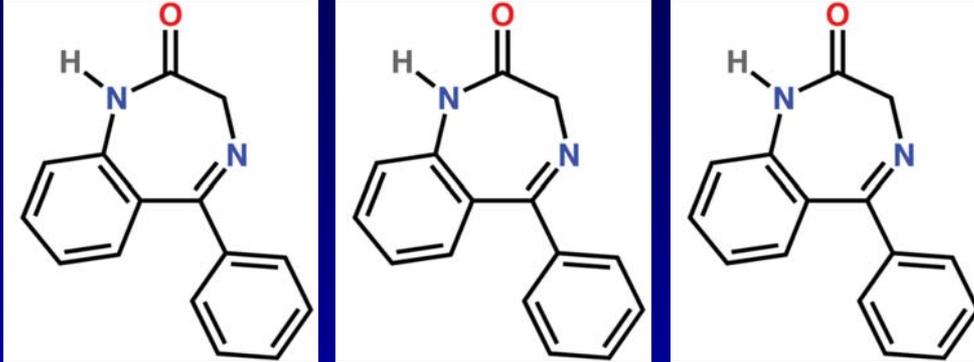


- Le médicament peut-il être arrêté?
- Le médicament peut-il être remplacé par un autre moins à risque, ou par une alternative non pharmacologique ?
- La dose peut-elle être diminuée?

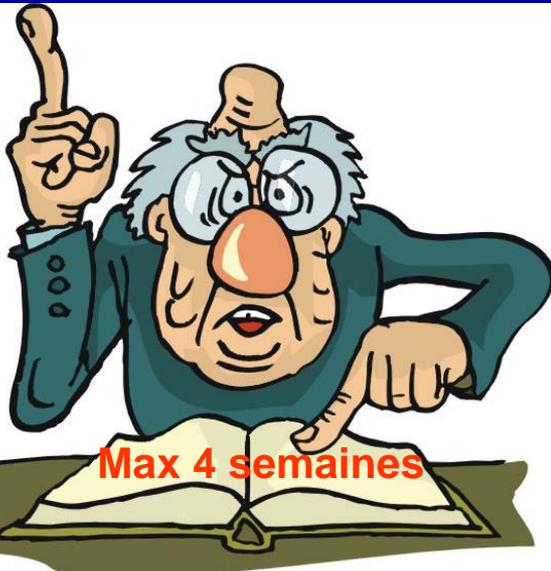


Explication +
discussion avec le
patient / médecin
traitant

5.2. Benzodiazépines



- Problèmes de mémoire et de concentration
- ↓ force musculaire
- ↓ mobilité et activité quotidienne
- ↑ risque de chute
- Etat confusionnel



5.2. Benzodiazépines: too much!

2 études indépendantes en Belgique
1 même constat:

+ de 50% des personnes âgées à risque de chute
prennent au moins une BZD de façon chronique

(étude PHEBE, 2007; Spinewine et al., 2007)



5.2. Benzodiazépines: too much!

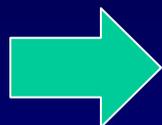
"The estimated costs of hospitalisations of accidental-fall injuries related to benzodiazepine use in the EU varied between **Euro 1.5 and Euro 2.2 billion each year**. More than 90% of these costs were in the **elderly**, with hip fractures as the major contributor. Discontinuing benzodiazepines in the elderly and/or substituting them with other drugs not associated with the risk of falls in the elderly will to a large extent prevent these accidents"

Panneman MJ et al., Drugs Aging. 2003;20(11):833-9

Benzodiazepine use was significantly associated with the occurrence of injurious falls, with a significant interaction with age (adjusted odds ratio in subjects aged ≥ 80 years: **2.2** (95% CI 1.4, 3.4)). According to these results and to recent population estimates, benzodiazepine use could be held responsible for almost **20 000 injurious falls in subjects aged ≥ 80 years every year in France, and for nearly 1800 deaths.**

Pariente A et al., Drugs Aging. 2008;25(1):61-70

5.2. Benzodiazépines: too much!



OUI, ça vaut la peine d'essayer d'arrêter une benzo, même chez une « petite vieille de 80 ans » qui la prend depuis des années...

Et le pharmacien d'officine peut y contribuer!

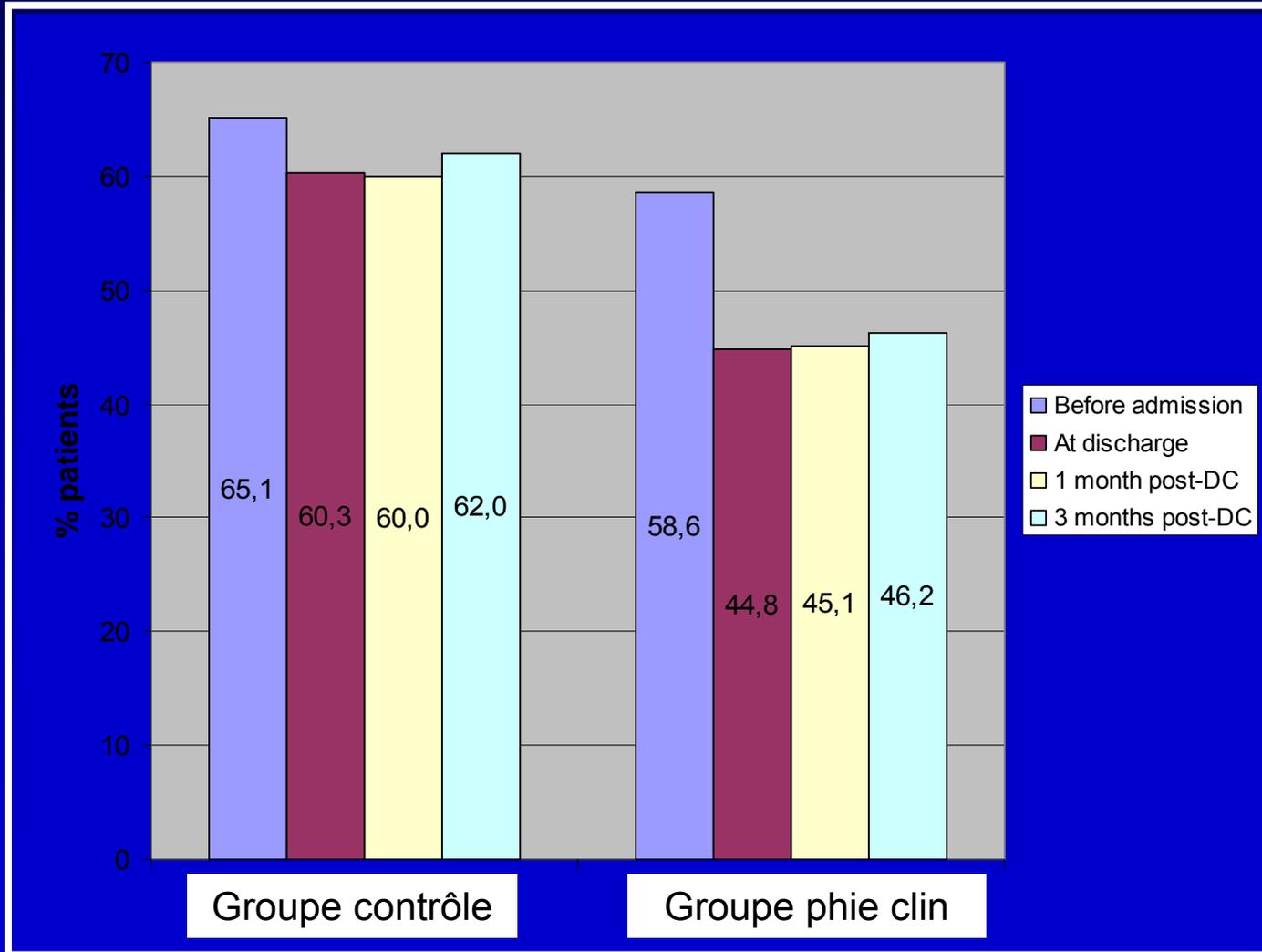
Demandes d'avance de prescription pour des BZD: fréquent

- discussion avec le patient sur les risques
- « avez-vous déjà essayé d'arrêter ou de diminuer »?
- empathie: « oui, c'est vrai que ce n'est pas facile »
- encouragement: « mais certaines personnes y arrivent »
- et si vous en parliez à votre médecin?

! Concordance ...

Exemple: impact d'un pharmacien clinicien

Patients avec antécédent de chute, et sous BZD



5.3. Ostéoporose et fractures: trop peu (compliants)

- Traitement à long terme...
- Bisphosphonates
 - ! Modalités de prise
- Calcium
 - Effets secondaires fréquents – trouver forme/dose adaptées
 - Idéalement: 1g Ca⁺⁺ (en 2 prises, dont 1 le soir)
 - ! Aux doses prescrites pour les magistrales (500mg Ca⁺⁺ = 1.25g CaCO₃)
- Vitamine D
 - Dose recommandée: 800 UI/j

5.4. Administration et compliance: comment aider?



- Réexplication du traitement
- Aide pour « faire le tri », médicaments moins chers disponibles?
- Informations écrites
- Changement de formulation?

- ! Personnes seules, avec troubles de la mémoire/vision/préhension, polymédiquées
→ semainier? Aide extérieure?

5.4. Administration et compliance: comment aider?

Couper et broyer les médicaments:
un geste pas si anodin!

- Fréquemment en MRS
→ Support / information par le pharmacien d'officine?
- Couramment en ambulatoire
→ Information proactive lors de la délivrance de médicaments ne pouvant être broyés

Sources d'information: Formulaire MRS, notice, www.pletmedicatie.be

En pratique – Madame YZ

Madame YZ est une patiente de 78 ans, veuve, qui vit seule au domicile, dispose d'une aide familiale pour faire le ménage et les repas. Elle se débrouille seule pour ses médicaments. Elle se plaint de « vieillir », avec des petits troubles de la mémoire, des chutes régulières, et une mobilité diminuée. Elle vient encore malgré tout chercher ses médicaments elle-même à la pharmacie. Vous la connaissez bien, et elle vous apprécie. Elle se plaint régulièrement du nombre de médicaments qu'elle prend chaque jour.

Aujourd'hui, elle se présente à la pharmacie avec la prescription suivante : Zaldiar[®] et Ciproxine[®] 250 2x/j.

Elle vous demande également de lui avancer une boîte de Temesta[®] (2,5mg), car elle a oublié de redemander une prescription à son médecin traitant.

En pratique – Madame YZ

Le traitement chronique de la patiente, auquel vous avez accès via votre système informatique, reprend les médicaments suivants :
Glucophage® 850mg, Novonorm® 2mg, Coversyl® 4mg, Fludex® 2.5mg, Cordarone® 200mg, Docsimva® 20mg, Movicol®, Maalox®, calcium carbonate 1g en préparation magistrale, Dafalgan®, Reparil® dragées, Befact Forte®.

Qu'en pensez-vous???

Qu'aller vous faire/proposer:

- lors de cette délivrance?
- prochainement?

Madame YZ est une patiente de 78 ans, veuve, qui vit seule au domicile, dispose d'une aide familiale pour faire le ménage et les repas. Elle se débrouille seule pour ses médicaments. Elle se plaint de « vieillir », avec des petits troubles de la mémoire, des chutes régulières, et une mobilité diminuée. Elle vient encore malgré tout chercher ses médicaments elle-même à la pharmacie. Vous la connaissez bien, et elle vous apprécie. Elle se plaint régulièrement du nombre de médicaments qu'elle prend chaque jour.

Aujourd'hui, elle se présente à la pharmacie avec la prescription suivante : Zaldiar[®] et Ciproxine[®] 250 2x/j.

Elle vous demande également de lui avancer une boîte de Temesta[®] (2,5mg), car elle a oublié de redemander une prescription à son médecin traitant.

Le traitement chronique de la patiente, auquel vous avez accès via votre système informatique, reprend les médicaments suivants : Glucophage[®] 850mg, Novonorm[®] 2mg, Coversyl[®] 4mg, Fludex[®] 2.5mg, Cordarone[®] 200mg, Docsimva[®] 20mg, Movicol[®], Maalox[®], calcium carbonate 1g en préparation magistrale, Dafalgan[®], Reparil[®] dragées, Befact Forte[®].

Tableau 4. Problèmes pharmaceutiques et propositions d'interventions par le pharmacien d'officine chez Madame X

Problèmes pharmaceutiques	Interventions à faire immédiatement
Interaction ciprofloxacine - cations (Maalox [®] et carbonate calcique) → diminution de l'efficacité du traitement antibiotique*	→ absolument séparer la prise des médicaments d'au moins 2h (prendre la ciprofloxacine au moins 2h avant, ou envisager un arrêt temporaire du calcium et de l'anti-acide)
Zaldiar [®] + prise habituelle de Dafalgan [®] → risque de duplication de traitement et d'intoxication au paracétamol (beaucoup de patients ne savent pas que le Zaldiar contient une association de « Dafalgan [®] + Contramal [®] »)	→ dire à la patiente (et écrire sur la boîte) de ne pas prendre les 2(3) médicaments en même temps – également écrire la posologie maximale sur la boîte ; expliquer que ça peut donner de la constipation et des nausées (en fonction de la dose)
Problèmes pharmaceutiques	Interventions à envisager ultérieurement
Benzodazépine chez un patient qui chute et développe des troubles de la mémoire → interaction médicament-pathologie	Discuter des risques d'un traitement prolongé par benzodiazépine chez le patient ; proposer d'y réfléchir et d'en reparler la prochaine fois, et également d'en parler avec le médecin traitant
Magistrale de carbonate calcique 1g : dose insuffisante (dose recommandée : 1g de Ca ⁺⁺)	Le médecin traitant a probablement voulu prescrire 1g de Ca ⁺⁺ (= 2.5g de carbonate calcique) → lui téléphoner pour lui demander la dose souhaitée, expliquer la conversion Ca ⁺⁺ - CaCO ₃
Patient qui chute, à risque de fracture	Votre médecin vous a-t-il déjà parlé d'ostéoporose ? Avez-vous déjà fait un test de dépistage ? Parler de l'intérêt de la prise de vitamine D, et de l'augmentation de la dose de calcium avec le médecin
Movicol [®] : il existe des alternatives aussi efficaces et moins chères	Si le coût du traitement est problématique, proposer des alternatives moins chères et aussi efficaces (sorbitol, lactulose) ; rappeler les mesures non pharmacologiques pour la prise en charge de la constipation
Patient avec perte de mémoire, peut-être un peu moins sûr qu'avant par rapport à la prise de ses médicaments	Redonner les conseils nécessaires par rapport à la prise de chaque médicament <ul style="list-style-type: none"> - Glucophage[®] : pour le diabète, à prendre après le repas pour éviter les troubles gastro-intestinaux - Novonorm[®] : pour le diabète, à prendre au moment du repas ; ne pas prendre si on saute le repas - Coversyl[®] : pour la tension ou l'insuffisance cardiaque ; prendre tous les

jours à la même heure, en position assise

- Fludex[®] 2.5mg : pour la tension et les oedèmes ; prendre de préférence le matin
- Amiodarone[®] 200mg : pour ralentir le cœur ; s'assurer qu'un contrôle de la thyroïde, du foie, et des yeux est fait régulièrement)
- Simvastatine[®] 20mg : pour le cholestérol, à prendre de préférence le soir
- Calcium : pour l'ostéoporose ; à prendre de préférence le soir (ou 2x/j si dose > à 500mg Ca++)
- (Eviter la prise de piroxicam (voir liste de Beers – AINS seulement pour des durées courtes dans l'arthrose, et préférer des AINS plus sûres type ibuprofène) ; risque de toxicité gastrointestinale, rénale, et de diminution de l'effet des antihypertenseurs)

Plainte du patient du nombre de médicaments à prendre

- Y a-t-il encore une indication valable pour le Befact Forte[®] et le Reparil[®] ?
- Pourrait-on envisager de combiner l'IECA et le diurétique en 1 seul comprimé (p ex Coversyl +[®]) ?

A discuter avec le patient, et/ou le médecin traitant

Patient avec antécédent cardiovasculaire, diabétique (et peut-être en fibrillation auriculaire au vu de la prescription d'amiodarone) : l'aspirine à faible dose pourrait être indiquée

Demander au patient s'il en a déjà pris, et/ou si le médecin le lui en a déjà parlé – expliquer pourquoi on lui pose la question

* A noter que, dans le cadre d'une infection urinaire non compliquée chez une patiente âgée, une antibiothérapie n'est pas indiquée en cas de bactériurie sans symptôme cliniques. En cas de bactériurie symptomatique, un antibiotique est indiqué, mais les fluoroquinolones ne constituent pas un premier choix.



*En espérant vous avoir donné
certaines idées pour votre pratique
de tous les jours...*

Merci pour votre attention!



Contact: anne.spinewine@uclouvain.be