

IATROGÉNIE ET CHUTES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Validation Comité stratégique : Décembre 2020

INTRODUCTION

- La chute chez le sujet âgé est le plus souvent d'origine **multifactorielle**.
- Devant toute chute, il est nécessaire de rechercher une **cause iatrogène**. Aucune chute n'est à banaliser.
- Les facteurs de risques qui doivent être systématiquement repérés et évalués sont :
 - **La polymédication** (prise \geq à 5 molécules)
 - **L'hypotension orthostatique** (fréquente chez le sujet âgée)
 - **L'hypoglycémie**

RECOMMANDATIONS

- Evaluer régulièrement l'**observance**, le **bon moment de prise**, la **tolérance** et la **pertinence** des prescriptions ainsi que l'**automédication** du patient et sa consommation **d'alcool**.
- Toute **introduction récente** (< à 15 jours) d'un traitement doit faire l'objet d'une **vigilance accrue**.
- Rechercher la **présence d'hypotension orthostatique** à l'introduction d'un médicament à risque d'hypotension et harmoniser les pratiques soignantes sur son repérage et sa prise en charge.
- Vérifier que la posologie soit **adaptée au patient** (âge, fonction rénale, état nutritionnel...) et lors d'**association**. Débuter par de **faibles doses** et **augmenter progressivement** la dose lors de l'instauration d'un traitement.
- Privilégier les molécules à **demi-vie courte** (notamment les benzodiazépines), les plus **courtes durées** d'utilisation possibles et la **dose minimale efficace** avec une **indication documentée**.
- Éviter l'association de 2 molécules de **même classe pharmaceutique** (notamment les psychotropes).
- Essayer de proscrire toute association de molécules à **effet anticholinergique** : Hydroxyzine, Quétiapine, Clozapine, Oxybutinine, Tramadol...
- Si possible, diminuer ou arrêter **une seule molécule à la fois** selon la priorité.

CONDUITE À TENIR CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- ① • Lister les médicaments **pourvoyeurs de chutes** et évaluer si leur utilisation reste **pertinente**
- ② • Réaliser plusieurs **tests d'hypotension orthostatique**
- ③ • Effectuer un **cycle glycémique**
- ④ • Effectuer un **bilan nutritionnel**
- ⑤ • Connaître la **consommation d'alcool**

RECOMMANDATIONS FACE À UN SUJET ÂGÉ, POLYMÉDIQUÉ ET CHUTEUR EN FONCTION DES PRINCIPALES CLASSES DE MÉDICAMENTS POUVANT FAVORISER LE RISQUE DE CHUTES

- Tout médicament **nouvellement introduit**, du **SNC**, **hypotenseur** ou **hypoglycémiant**, doit faire l'objet d'une **vigilance extrême**.
- Pour éviter les **renouvellements inappropriés** et les **effets indésirables**, il est nécessaire d'évaluer :
 - **La gravité de la chute**
 - **La pertinence de son traitement dans son ensemble**

Classes médicamenteuses augmentant le risque de chutes ⁽¹⁾	Recommandations
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier les ISRS : Paroxétine, Fluoxétine, Sertraline, Fluvoxamine, Citalopram, Escitalopram (ou les ISRNA en 2^{ème} intention : Venlafaxine, Duloxétine, Milnacipran) (ou la Miansérine) Réévaluer la balance bénéfices/risques de ces substances au long cours Vérifier que la posologie soit toujours bien adaptée et privilégier la dose minimale efficace Surveiller régulièrement la pression artérielle, l'apparition ou l'aggravation de troubles de l'équilibre et la natrémie Pour la Miansérine : son effet antihistaminique est sédatif → elle doit être prise au coucher, ne pas se relever juste après, il y a un risque d'hypotension orthostatique.
Antipsychotiques	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier les molécules non phénothiazines : Risperidone, Olanzapine... Il n'est pas recommandé de prescrire les molécules ayant un effet anticholinergique : Chlorpromazine, Cyamémazine, Lévomépromazine, Propériciazine, Pipotiazine,... Privilégier la dose minimale efficace
Benzodiazépines, hypnotiques et apparentés	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluer la pertinence du maintien de ces prescriptions : <ul style="list-style-type: none"> Le patient souffre-t-il réellement d'insomnie ou est-ce lié à l'âge ? Les manifestations anxieuses du patient justifient-elles un traitement médicamenteux ou est-ce que des méthodes alternatives suffisent ? Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment Privilégier les molécules à demi-vie courte ou intermédiaire : Oxazépam, Alprazolam, Clotiazépam, Lorazépam Eviter l'utilisation de ces substances au long cours et envisager le sevrage progressif si la prise d'hypnotique est supérieure à 3 mois Proscrire les hypnotiques antihistaminiques en raison des effets anticholinergiques : Doxylamine, Hydroxyzine, Prométhazine, Alimémazine,... Zolpidem et Zopiclone : utiliser à posologie réduite de moitié par rapport à la posologie de l'adulte et prendre juste avant le coucher
Antihypertenseurs	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des tests d'hypotension orthostatique Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment Surveiller régulièrement l'état d'hydratation du patient et réduire la consommation de sel
Anti-inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier le paracétamol et proscrire l'utilisation d'AINS Surveiller l'automédication du patient
Opioides analgésiques	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier les molécules à élimination rapide Eviter l'association aux substances sédatives Evaluer régulièrement la douleur et s'assurer que les effets indésirables soient bien contrôlés
Diurétiques	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier si le patient prend le médicament au bon moment Surveiller régulièrement l'état d'hydratation du patient

BIBLIOGRAPHIE

(1) Sources : Jong et al. 2013 et Huang et al. 2012

- Medication-Related Falls in the Elderly Causative Factors and Preventive Strategies, Allen Huang et al., mai 2012 https://www.researchgate.net/publication/224886818_Medication-Related_Falls_in_the_Elderly_Causative_Factors_and_Preventive_Strategies
- Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies, Marlies R. de Jong et al., mai 2013 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2042098613486829>
- Recommandations pour la pratique clinique – Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, SFDRCM (Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale), avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS (Haute Autorité de Santé), novembre 2005 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- Synthèse des recommandations professionnelles – Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie), avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS (Haute Autorité de Santé), avril 2009 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf
- Guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées), Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), 2014 <https://sfgg.org/>
- Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française, Laroche et al., 2007 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866308007947>
- Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients, Chen et al., 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4063859/>
- Medication and falls in the elderly: An epidemiological study in a French hospital, 2018 <https://www.em-consulte.com/article/1278557/article/medicaments-et-chutes-chez-les-personnes-agees%C2%A0-%A0-%A0>
- Comment mieux prescrire chez la personne âgée fragile ?, Antoine Piau, septembre 2010 https://www.ile.com/fr/revues/age/e-docs/comment_mieux_prescrire_chez_la_personne_agee_fragile_286241/article.phtml
- Le sujet âgé et les psychotropes, Marie-Pierre Pancrazi, 2010 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-91.htm?contenu=article>
- Les médicaments et les chutes, Réseau canadien pour la déprescription <https://www.reseaudeprescription.ca/chutes>
- <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/>