

## 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 **systematiquement repérés** et **évalués** sont :
  - **La polymédication** (prise  $\geq$  à 5 molécules)
  - **L'hypotension orthostatique** (fréquente chez le sujet âgé)
  - **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 <sup>(1)</sup>	Recommandations
<b>Antidépresseurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier les <b>ISRS</b> : Paroxétine, Fluoxétine, Sertraline, Fluvoxamine, Citalopram, Escitalopram (ou les ISRNA en 2<sup>ème</sup> intention : Venlafaxine, Duloxétine, Milnacipran) (ou la Miansérine)</li> <li>• Réévaluer la <b>balance bénéfices/risques</b> de ces substances au long cours</li> <li>• Vérifier que la posologie soit toujours bien <b>adaptée</b> et privilégier la <b>dose minimale efficace</b></li> <li>• Surveiller régulièrement la <b>pression artérielle</b>, l'apparition ou l'aggravation de <b>troubles de l'équilibre</b> et la <b>natrémie</b></li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Antipsychotiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier les molécules <b>non phénothiazines</b> : Risperidone, Olanzapine...</li> <li>• Il n'est pas recommandé de prescrire les molécules ayant un <b>effet anticholinergique</b> : Chlorpromazine, Cyamémazine, Lévomépromazine, Propériciazine, Pipotiazine,...</li> <li>• Privilégier la <b>dose minimale efficace</b></li> </ul>
<b>Benzodiazépines, hypnotiques et apparentés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réévaluer la <b>pertinence du maintien de ces prescriptions</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le patient souffre-t-il réellement d'insomnie ou est-ce lié à l'âge ?</li> <li>– Les manifestations anxieuses du patient justifient-elles un traitement médicamenteux ou est-ce que des méthodes alternatives suffisent ?</li> </ul> </li> <li>• Vérifier si le patient prend le médicament au <b>bon moment</b></li> <li>• Privilégier les molécules à <b>demi-vie courte ou intermédiaire</b> : Oxazépam, Alprazolam, Clotiazépam, Lorazépam</li> <li>• Eviter l'utilisation de ces substances au long cours et envisager le <b>sevrage progressif</b> si la prise d'hypnotique est supérieure à 3 mois</li> <li>• <b>Proscrire les hypnotiques antihistaminiques</b> en raison des effets anticholinergiques : Doxylamine, Hydroxyzine, Prométhazine, Alimémazine,...</li> <li>• Zolpidem et Zopiclone : utiliser à <b>posologie réduite de moitié</b> par rapport à la posologie de l'adulte et prendre <b>juste avant le coucher</b></li> </ul>
<b>Antihypertenseurs (Hors diurétiques)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des <b>tests d'hypotension orthostatique</b></li> <li>• Limiter les <b>antihypertenseurs centraux</b> (methyldopa, rilménidine, etc.) et les <b>vasodilatateurs</b> (prazosine, urapidil, etc.) <b>pourvoyeurs d'hypotension orthostatique</b></li> <li>• Vérifier si le patient prend le médicament au <b>bon moment</b></li> <li>• Surveiller régulièrement <b>l'état d'hydratation</b> du patient et réduire la consommation de <b>sel</b></li> </ul>
<b>Anti-inflammatoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier le <b>paracétamol</b> et <b>proscrire l'utilisation d'AINS</b></li> <li>• Surveiller <b>l'automédication</b> du patient</li> </ul>
<b>Opioides analgésiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier les molécules à <b>élimination rapide</b></li> <li>• Eviter l'association aux substances <b>sédatives</b></li> <li>• Evaluer régulièrement la <b>douleur</b> et s'assurer que les effets indésirables soient bien <b>contrôlés</b></li> </ul>
<b>Diurétiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier si le patient prend le médicament au <b>bon moment</b></li> <li>• Surveiller régulièrement <b>l'état d'hydratation</b> et la <b>pression artérielle</b> du patient</li> </ul>

## 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](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**, SFDRMG (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](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](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-un>
- **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](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/>