Spécificités liées aux âges extrêmes : **gériatrie**

Présentation APHAL – 15 et 22 mai 2025

Dr Claire WALD, Pharmacien assistant spécialiste
CHRU de Strasbourg

Pour commencer…

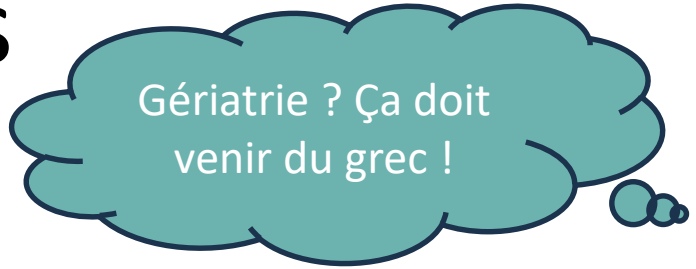


https://app.wooclap.com/ZDQZNI?from=instruction-slide

Quelques éléments de contexte…


Âgisme ?
Gérontologie ?
Gériatrie ? Ça doit venir du grec !
Vieillissement ?

Définitions



- Du mot grec gérôn, qui signifie « vieillard », la gériatrie désigne la spécialité médicale dédiée au **soin des personnes âgées.**
- Affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés
- Soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie.

Définitions



- Elle est une des composantes de la gérontologie, **étude du vieillissement** dans toutes ses dimensions

  → Et ce même en l'absence de lésion, maladie, risque environnemental, mauvaises habitudes de vie !

- Dimension sociale, économique, démographique, psychologique, anthropologique, culturelle, médicale et autres.

Définitions



- **L'âgisme** se réfère aux préjugés contre les personnes âgées.
  - Idées fausses
  - Stéréotypes négatifs
  - Et ce de façon consciente ou non !

Risque en tant que professionnel de santé ?

- Produire un biais en oubliant les autres facteurs essentiels : l'espérance de vie, la qualité de vie et les préférences du patient.

Classes d'âges

- Selon l'OMS : la vieillesse concerne les > 65 ans
- Définition « sociale » = âge de cessation d'activité professionnelle. (diffère selon les pays !)
- Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. (« Population sénior » 75-90 ans) → intéresse les gériatres ++
- Notion récente de « 4e âge » > 90 ans

Quelques chiffres

Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12 % à 22 %.

Le vieillissement de la population est bien plus rapide que dans le passé !

En 2050, 80 % des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

En 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a dépassé celui des enfants de moins de 5 ans.

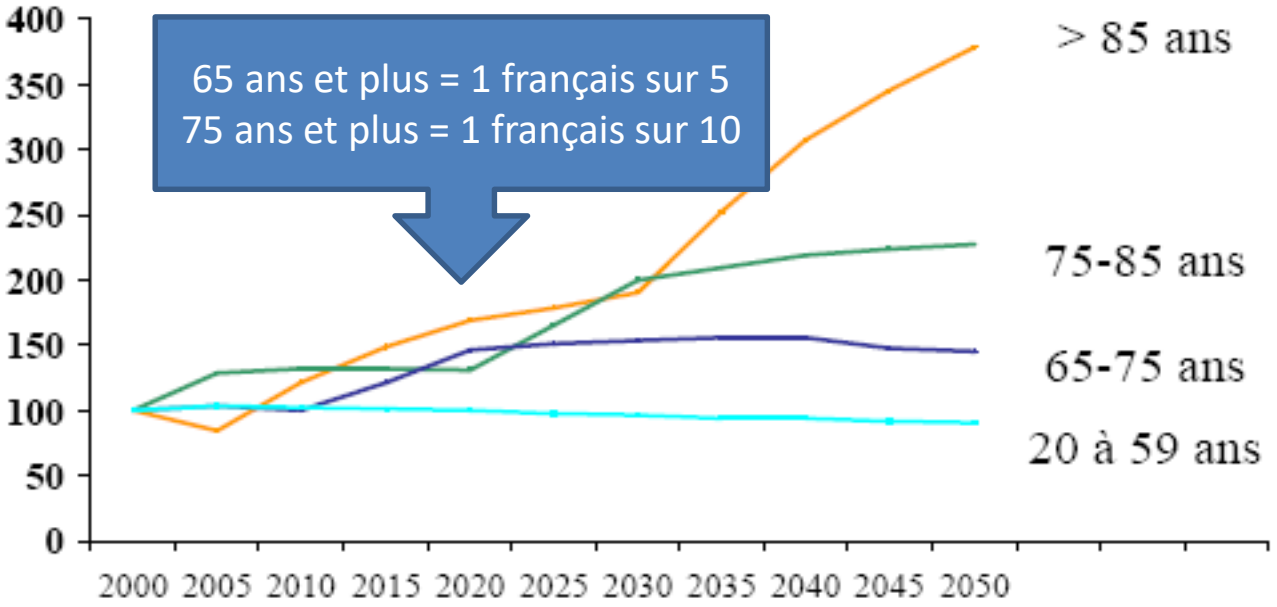
En France en 2024, l'espérance de vie à la naissance se stabilise à un niveau historiquement élevé : **85,6 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes.**

La Décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030)

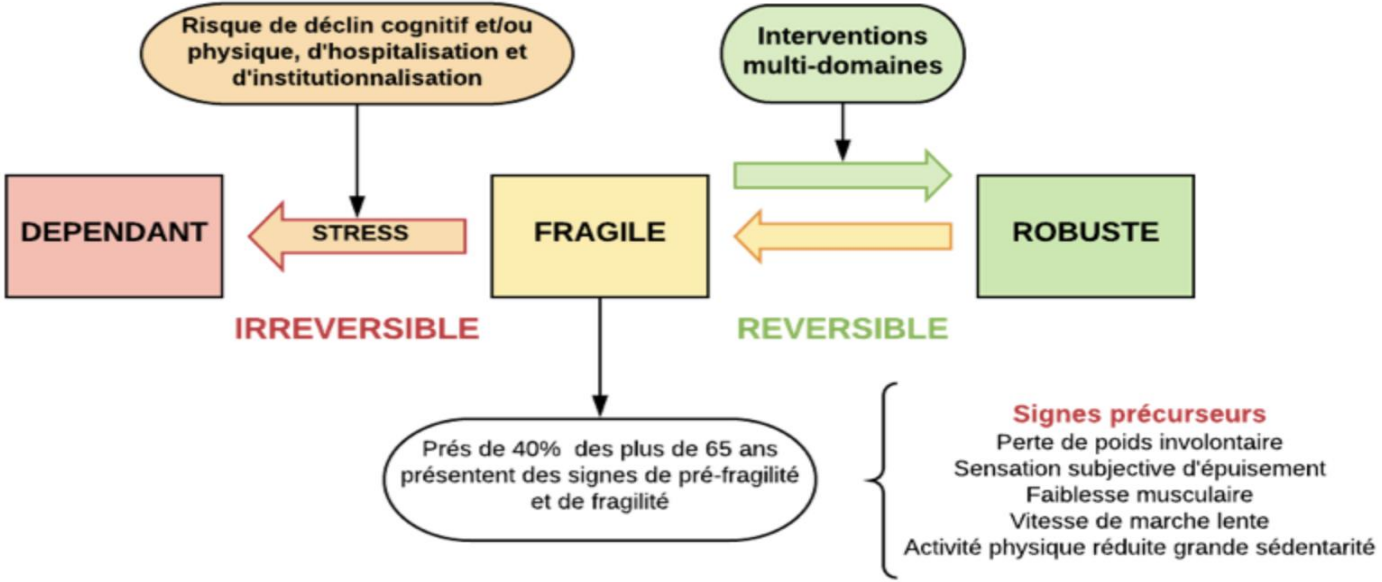
- Collaboration mondiale
- Objectifs : réduire les inégalités en matière de santé, améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés
- Action collective dans 4 domaines

World Health Organization

Vieillissement de la population française
Evolution 2000-2050 par tranches d'âge



Les profils gériatriques



D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

Extrême hétérogénéité de la population âgée



- ROBUSTES
- FRAGILES
- DEPENDANTS





Cibles de la gériatrie

Complications redoutées

Les maladies interagissent avec les effets du vieillissement pour entraîner des **complications spécifiques de la gériatrie** (à présent appelées syndromes gériatriques), en particulier dans les systèmes fragiles, même lorsque ces organes ne sont pas les premiers à être touchés par une maladie.



Surdité ?

Confusion ?

Perte de poids ?

Hémorragies ?

Etourdissement ?

Chute ?

Troubles de la marche ?

Incontinence ?

L’évaluation gériatrique standardisée



Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

20-90 min

Temps !!!

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFN FÉDÉRATION FRANÇAISE DE NUTRITION

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus

2021

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Dénutrition

- Organisme en **déséquilibre nutritionnel**
- Bilan énergétique et/ou protéique négatif
- Effets délétères sur les tissus
- Changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle
- Aggravation du pronostic des maladies,
- Diminution de la qualité de vie
- Augmentation du risque de dépendance.

Dénutrition

La surveillance nutritionnelle des personnes âgées implique :

– le patient lui-même ;

– les proches aidants ;

– tous les professionnels de santé ;

– tous les professionnels du secteur médico-social concernés par la nutrition ou susceptibles de s'occuper des personnes âgées.

Elle repose sur :

– la mesure du poids ;
– le calcul de l'IMC ;
– l'évaluation de l'appétit ;
– l'évaluation de la consommation alimentaire ;
– la force musculaire.

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Dépendance vs autonomie

Dépendance : « Perte partielle ou totale de la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. »

Autonomie : « Capacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir), ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs. »

*Collège des enseignants de gériatrie

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Mobilité – troubles de la marche

Troubles pouvant entraîner une dysfonction ou une dangerosité de la marche :

- Troubles neurologiques
- Troubles musculosquelettiques

Certaines caractéristiques de la marche sont normalement modifiées avec l'âge ; d'autres non !

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Fonction mentale

Les personnes âgées peuvent ressentir de l'anxiété ou des symptômes dépressifs qui varient en intensité ou en sévérité

- Conséquences lourdes au quotidien : isolement, surconsommation de psychotropes, augmentation du risque de mortalité.
- Place importante des thérapies comportementales et cognitives (TCC)
- Certaines angoisses **sont plus spécifiques du sujet âgé !**

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Troubles sensoriels



Baisse de la vision jusqu'à la cécité



Dégradation de l'audition jusqu'à la surdité



Légère altération du goût, *très hétérogène*



Diminution légère de la sensation tactile



Altération de l'odorat, *très hétérogène* (influence du mode de vie déterminante)

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Polymédication

- Définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments »
- Légitime vs inappropriée ?
- Fréquente chez les personnes âgées → en lien avec la polypathologie → iatrogénie
- Enjeu majeur de santé publique

Iatrogénie médicamenteuse

- Définie par l'OMS comme « l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments »
- Nombreux travaux de la HAS / des sociétés savantes « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé » ; « Programmes et outils pour l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles : Programmes et outils PMSA et Psycho-SA pour améliorer la prescription chez le patient très âgé »
- **Optimisation des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé incontournable → le risque iatrogène augmente avec le nombre de médicaments**
- Prise en charge globale indispensable !

Iatrogénie médicamenteuse

- Pour diminuer ce risque :
  - Éviter/limiter l'automédication
  - Autoriser tous les professionnels de santé consultés à accéder aux informations sur les traitements en cours ou passés.
  - Signaler aux professionnels de santé l'intégralité des médicaments prescrits + l'automédication (plantes, compléments alimentaires, etc.)
  - Connaître les modalités/contraintes à respecter
  - Utiliser un pilulier pour préparer la prise hebdomadaire du traitement

Principe de base : les **« 6 B »**

Dosage
Médicament
Modalités d'administration
Moment
Patient
Voie d'administration

C'est bon je les ai tous ??



En gériatrie, le maître mot est la « déprescription »



Pour quels patients ?

Avec quels outils ?



Pour quels patients ?

Avec quels outils ?



Pourquoi le patient prend-il un IPP?

En cas de doute, vérifier ses antécédents : endoscopie, hospitalisation due à un ulcère hémorragique, usage chronique d'AINS dans le passé, brûlures d'estomac, dyspepsie.

L'indication demeure inconnue?

- Œsophagite légère à modérée ou
- RGO traité x 4-8 sem.
  (œsophagite guérie, symptômes contrôlés)

- Ulcère gastroduodénal traité x 2-12 sem. (dû à AINS; *H. pylori*)
- Symptômes GI supérieurs sans endoscopie ; asymptomatique pour 3 jours consécutifs
- Prophylaxie pour ulcère de stress en USI pour suivre après admission
- Infection *H. pylori* sans complications x 2 sem. et asymptomatique

- Œsophage de Barrett
- Utilisation chronique d'AINS avec risque d'hémorragie
- Œsophagite sévère
- Antécédents d'ulcère GI avec saignements

Recommander la déprescription

Forte Recommandation (revue systématique et approche GRADE)

Diminuer la dose (Données probantes indiquant que le risque de réapparition des symptômes n'est pas accru comparativement au maintien de fortes doses), ou

Arrêter et utiliser au besoin (Utilisation quotidienne jusqu'à la disparition des symptômes) (10 % des patients peuvent présenter une réapparition des symptômes)

Arrêter l'IPP

Poursuivre traitement avec IPP

ou consulter un gastroentérologue si la déprescription est envisagée

Suivi après 4 et 12 semaines

Si verbal :
- brûlures d'estomac
- dyspepsie
- régurgitation
- douleur épigastrique

Si non verbal :
- perte d'appétit
- perte de poids
- agitation

Utiliser des approches non pharmacologiques
- Éviter les repas 2-3 heures avant le coucher ; surélever la tête du lit ; considérer la perte de poids (au besoin) et éviter les aliments qui déclenchent les symptômes.

Gérer les symptômes occasionnels
- Antiacide en vente libre, ARH_2, IPP, alginate prn (Tums®, Rolaids®, Zantac®, Olex®, Gaviscon®)
- ARH_2 en prise quotidienne (recommandation faible – GRADE ; 20 % des patients pourraient présenter une réapparition des symptômes)

En cas de réapparition des symptômes :
Si les symptômes persistent x 3-7 jours et interfèrent avec les activités normales :
1) Tester pour *H. pylori* et traiter le cas échéant
2) Considérer un retour à la dose précédente

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

BENZODIAZEPINES – Choix d'une benzodiazépine dans les troubles du sommeil ou dans les troubles anxieux

Janvier 2025

	Molécule	Nom commercial	Dosages et formes galéniques	Conditionnements	Mise à disposition d'un petit condition-nement	Demi-vie* d'élimination plasmatique (mesurée chez l'adulte)	Tmax (absorption rapide ou non) – concentration maximale atteinte après l'administration	Prescription sur ordonnance sécurisée	Réservé à l'adulte
	Durée d'utilisation la plus courte possible (recommandée de quelques jours à 3 semaines pour la majorité des situations)**								
HYPNOTIQUES	Zolpidem	Stilnox® et Génériques	10 mg cp sécable	bt 7 et 14 + cdt en bt 5 pour un générique	x	2,4h (0,7h - 3,5h)	30 min à 3h	x	x
	Zopiclone	Imovane® et Génériques	3,75 mg cp et 7,5 mg cp sécable	bt 5 et 14	x	5h	1h30 à 2h		x
	Loprazolam	Havlane®	1 mg cp sécable	bt 20		8h	1h		x
	Lormétazépam	Génériques (Noctamide® n'est plus commercialisé)	1 mg et 2 mg cp sécable	bt 14		10h	1h30		
	Estazolam	Nuctalon®	2 mg cp	bt 20		17h	1h à 1h30		
	Durée d'utilisation la plus courte possible (sans dépasser 12 semaines (sauf clorazépate dipotassique 20 mg limitée à 28 jours))								

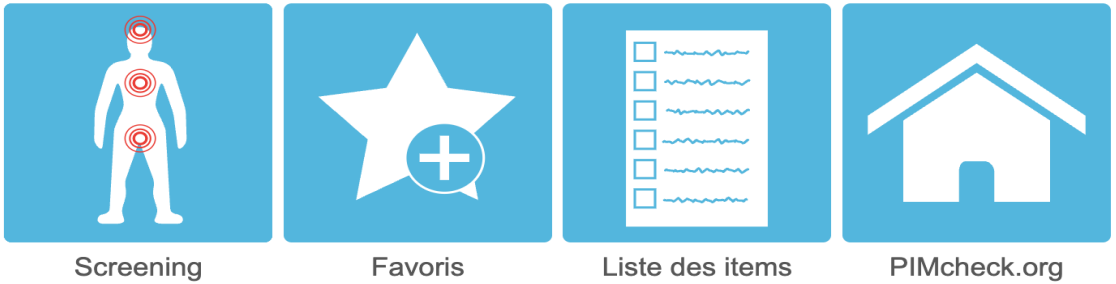
Fiche Mémo

Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Le site Pimcheck : outil d'aide à la prescription médicamenteuse, développé par les HUG et l'AP-HP, ayant pour objectif de diminuer les prescriptions inappropriées



Afficher toutes les recommandations | Afficher les recommandations lues | Afficher les recommandations non lues

Toutes les recommandations

Items relatifs à la CARDIOLOGIE

Insuffisance Cardiaque

PO **Insuffisance cardiaque : démarrer IECA ou ARAII**

PO **Insuffisance cardiaque : démarrer bétabloquants appropriés***

PO **Insuffisance cardiaque : démarrer antagoniste de l'aldostérone si FEVG < 35%**

Insuffisance cardiaque : démarrer IECA ou ARAII

Prescrire ou poursuivre un traitement par IECA au long cours chez un patient insuffisant cardiaque (ou un ARAII en cas d'intolérance)

Rationnel

Réduction du risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et du risque de décès prématuré.

Recommandations

- **Posologie** : Posologies maximales suggérées : Titration jusqu'aux doses efficaces ou jusqu'à la dose maximale tolérée, en surveillant la fonction rénale.

  Doses maximales recommandées :
  IECA : captopril 50mg 3f/j, enalapril 10-20mg 2f/j, fosinopril 40mg 1f/j, lisinopril 20-40mg 1f/j, perindopril 8-16mg 1f/j, quinapril 20mg 2f/j, ramipril 10mg 1 à 2f/j, trandolapril 4mg 1f/j.
  ARAII : candesartan 32mg 1f/j, valsartan 160mg 2f/j, losartan 50 150mg 1f/j.

Liste REMEDI[e]S

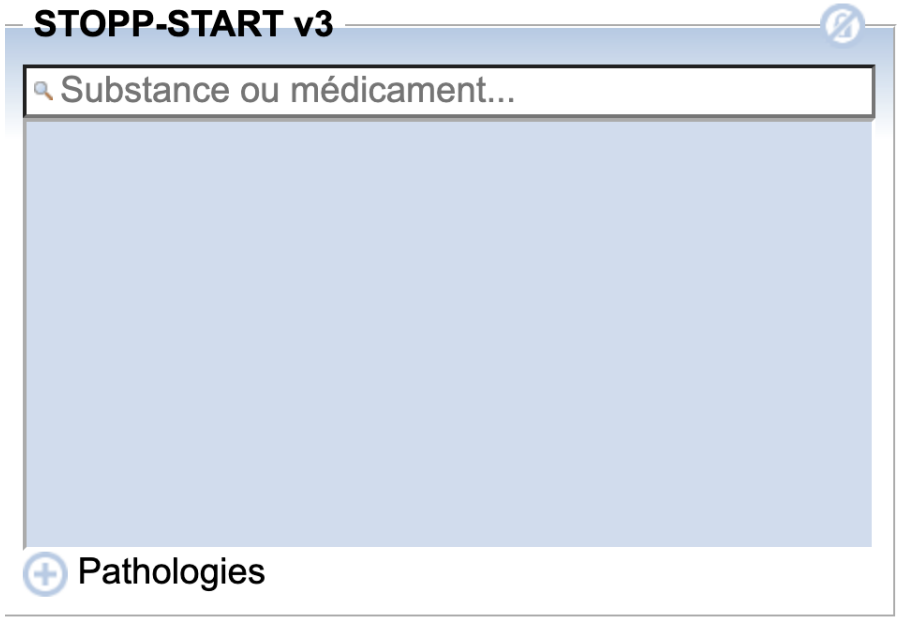
- Liste de « Médicaments Potentiellement Inappropriés » ou MPI : Revue des prescriptions médicamenteuses potentiellement inapproprié(e)s chez les Seniors = REMEDI[e]S

- Cette liste a été élaborée par un consensus d'experts, en tenant compte des pratiques médicales françaises.

- **Différentes étapes d'analyse de la prescription : sur-utilisation ; sous-utilisation/omission, mésusage**

Liste des critères STOPP/START

- « Screening tool of older person's prescription »/« Screening tool to alert doctors to right treatment »
- Critères de prescriptions potentiellement inappropriées (STOPP) et critères d'omissions potentielles (START)



Calcul de charge anticholinergique

Prescription patient :

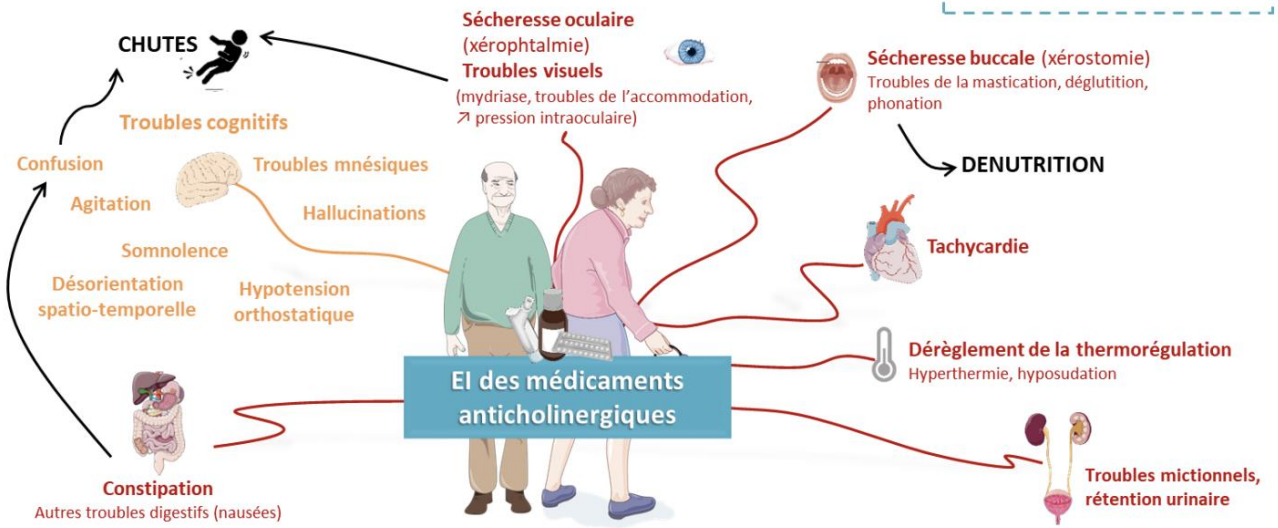
Médicaments (DCI)	Score CIA	Classe thérapeutiqu	Score ACB	Classe thérapeutique
carbamazepine	2	Antiépileptique	2	Antiépileptique
hydroxyzine	3	Anxiolytique	3	Antihistaminique
atenolol	1	Betabloquant	1	Betabloquant
ramipril	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
paracetamol	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A

Fichier Excel®

Charge anticholinergique totale de la prescription selon CIA	Charge anticholinergique totale de la prescription selon ACB
6	6
Besoin d'une alternative ?	Besoin d'une alternative ?
Imprégnation anticholinergique considérée élevée si score ≥ 5.	Impact cognitif global considéré significatif si score ≥ 4.

2 types d'effets indésirables anticholinergiques :
Effets centraux et périphériques

Ces effets peuvent favoriser les principaux syndromes gériatriques.



LISTE DES MPI :

ANTICHOLINERGIQUES

Antidépresseurs
- Amitriptyline
- Clomipramine
- Doxépine
- Maprotiline
- Trimipramine
- Dosulépine
- Imipramine
- Paroxétine

Antihistaminiques
- Cétirizine
- Desloratadine
- Méquitazine
- Cyproheptadine
- Dexchlorphéniramine
- Prométhazine

Antispasmodiques
- Scopolamine
- Clidinium – Chlordiazépoxide

Antispasmodiques urinaires
- Fésotérodine
- Oxybutynine
- Toltérodine
- Flavoxate
- Solifénacine
- Trospium

Antinaupathiques
- Diphénydramine
- Dimenhydrinate
- Méclozine

Antiépileptiques
- Carbamazépine
- Oxcarbazépine

Antiparkinsoniens
- Trihexyphénidyl

Anxiolytique
- Hydroxyzine

Hypnotiques
- Doxylamine

Antidiarrhéiques
- Lopéramide

- Chlorpromazine
- Cyamémazine
- Clozapine
- Lévomépromazine
- Loxapine
- Olanzapine

Benzodiazépines
- Bromazépam
- Clorazépate
- Diazépam
- Clobazam
- Estazolam
- Loflazépate
- Nitrazépam
- Prazépam

Sulfamides hypoglycémiants
- Glimépiride
- Glipizide
- Glibenclamide
- Gliclazide

Antalgique de palier 2
- Tramadol

Anti-inflammatoires non séroïdiens
- Acéclofénac
- Acide Méfénamique
- Acide Tiaprofénique
- Aspirine > 375mg/j
- Diclofénac
- Etodolac
- Fénoprofène
- Flurbiprofène
- Ibuprofène
- Indométacine
- Kétoprofène
- Méloxicam
- Nabumétone
- Naproxène
- Piroxicam
- Sulindac
- Tenoxicam

Antihypertenseurs centraux
- Clonidine
- Méthyldopa
- Moxonidine
- Rilménidine

Gériatrie : médicaments potentiellement inappropriés | OMEDIT Grand Est

LISTE DES INDICATIONS :

Troubles neurologiques

- Syndrome parkinsonien des neuroleptiques
- Epilepsie
- Douleurs neuropathiques

Troubles urinaires et digestifs

- Incontinence urinaire chronique
  Miction par regorgement
- Diarrhées aigües et chroniques

Troubles psychiatriques et du sommeil

- Insomnie primaire
- Troubles anxieux
- Troubles bipolaires
- Troubles dépressifs
- Troubles psychotiques

Troubles allergiques et symptômes physiologiques

- Nausées, mal des transports
- Rhinite, conjonctivite, urticaire

Troubles rhumatologiques et douleurs

- Douleurs modérées à sévères
- Arthrose et rhumatismes
- Accès goutteux

Troubles métaboliques et endocriniens

- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle

DIARRHÉES AIGUËS ET CHRONIQUES

Sources bibliographiques

Recommandations pour cette indication chez la personne âgée

1ère intention :

Mesures hygiéno-diététiques :

- consommation d'aliments cuits,
- limiter les épices, le café, l'alcool, les aliments gras et les aliments riches en fibres

2ème intention :

Corriger et/ou prévenir la déshydratation

Diosmectite
3 sachets/j max – 7j max

ou

Racécadotril
300mg/j max – 7j max

MPI identifié

Lopéramide

Recommandations pratiques pour appliquer les alternatives

- **Eliminer une diarrhée infectieuse** avant de traiter.
- Rechercher une **cause médicamenteuse** : colchicine, antibiotiques, veino-toniques, digitaliques, IPP...

Sources bibliographiques

INSOMNIE PRIMAIRE

Recommandations pour cette indication chez la personne âgée

1ère intention : **Approches non pharmacologiques ou Mélatonine** 2mg/j max

2ème intention : **Zolpidem** 5mg/j max **ou** **Zopiclone** 3,75mg/j max **ou** **Lormétazépam** 0,5mg/j max **ou** **Loprazolam** 0,5mg/j max

MPI identifiés

- **Benzodiazépines (BZD) à longue durée d'action :**
  - **Bromazépam**
  - **Clobazam**
  - **Clorazépate**
  - **Diazépam**
  - **Loflazépate**
  - **Nitrazépam**
  - **Prazépam**
- **Doxylamine**
- **Diphénydramine**

Recommandations pratiques pour appliquer les alternatives

Approches non pharmacologiques

- Observer des horaires réguliers de coucher et lever mais n'aller au lit que lorsque l'on a sommeil.
- Ne pas faire de sieste.
- Eviter les boissons contenant des excitants (café, thé, alcool), la nicotine, l'exercice et les repas copieux 2h avant le coucher.

Propositions d'alternatives par type de symptôme d'insomnie :

- Initiation : Zolpidem, Zopiclone, Mélatonine
- Maintien : Zopiclone

Switcher une BZD

Utiliser le calculateur CalcBenzo pour faire des équivalences de doses entre les BZD.

Déprescrire une BZD

- Durée du traitement **max 4 semaines, y compris la période de réduction de la dose**.
- **Réduire les doses puis cesser la prise** de la BZD : **-25% tous les 15j idéalement**. Si les formes posologiques ne permettent pas une réduction de 25%, envisager d'abord une réduction de 50% en intégrant des jours sans médicament pendant la dernière partie du plan de réduction, ou utiliser l'alprazolam ou l'oxazépam lors des dernières étapes.
- **Suivi toutes les 1-2 semaines** pendant la réduction des doses.

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

Dimensions à évaluer

- Nutrition
- Dépendance :
  - Vie quotidienne de base
  - Vie quotidienne instrumentale
- Mobilité – Troubles de la marche
- Fonction mentale :
  - Humeur
  - Mémoire
- Troubles sensoriels
- Polymédication
- Environnement
- Ressources socio-économiques

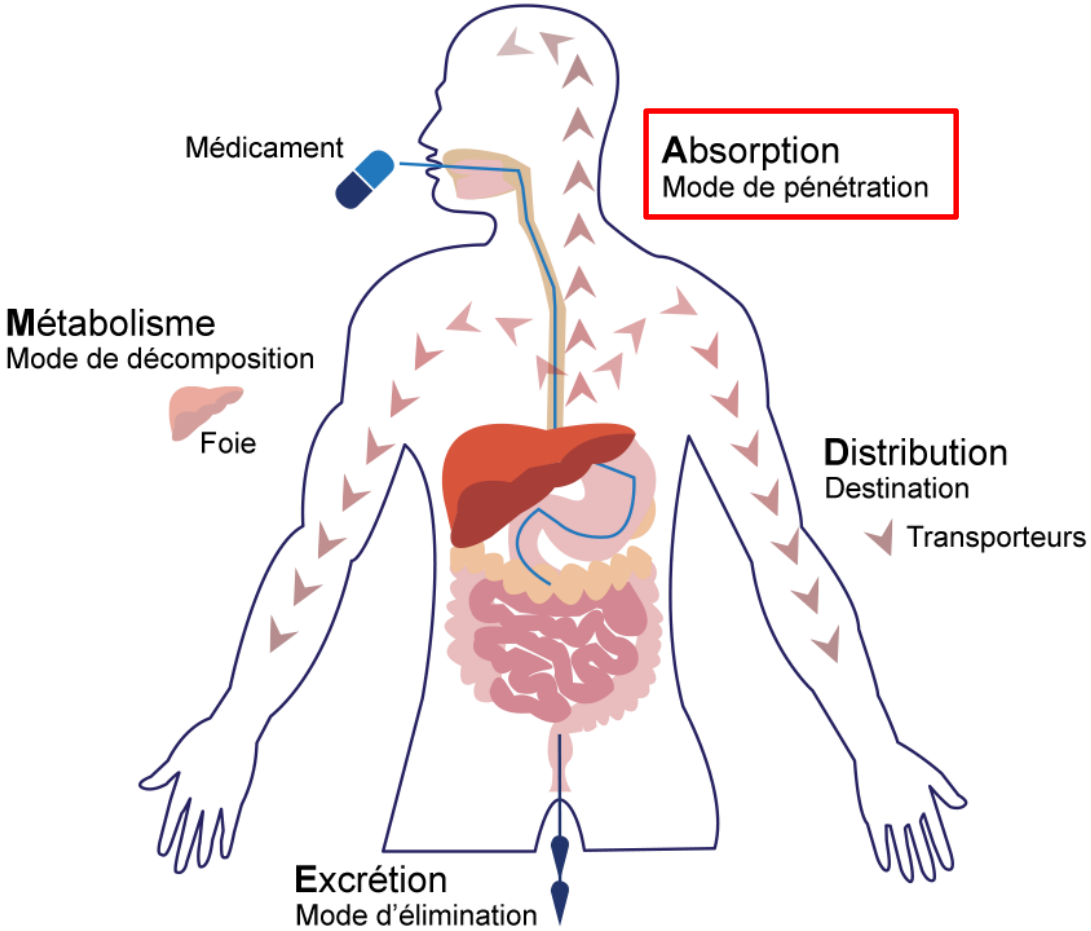
Spécificités pharmacocinétiques ou « ADME »

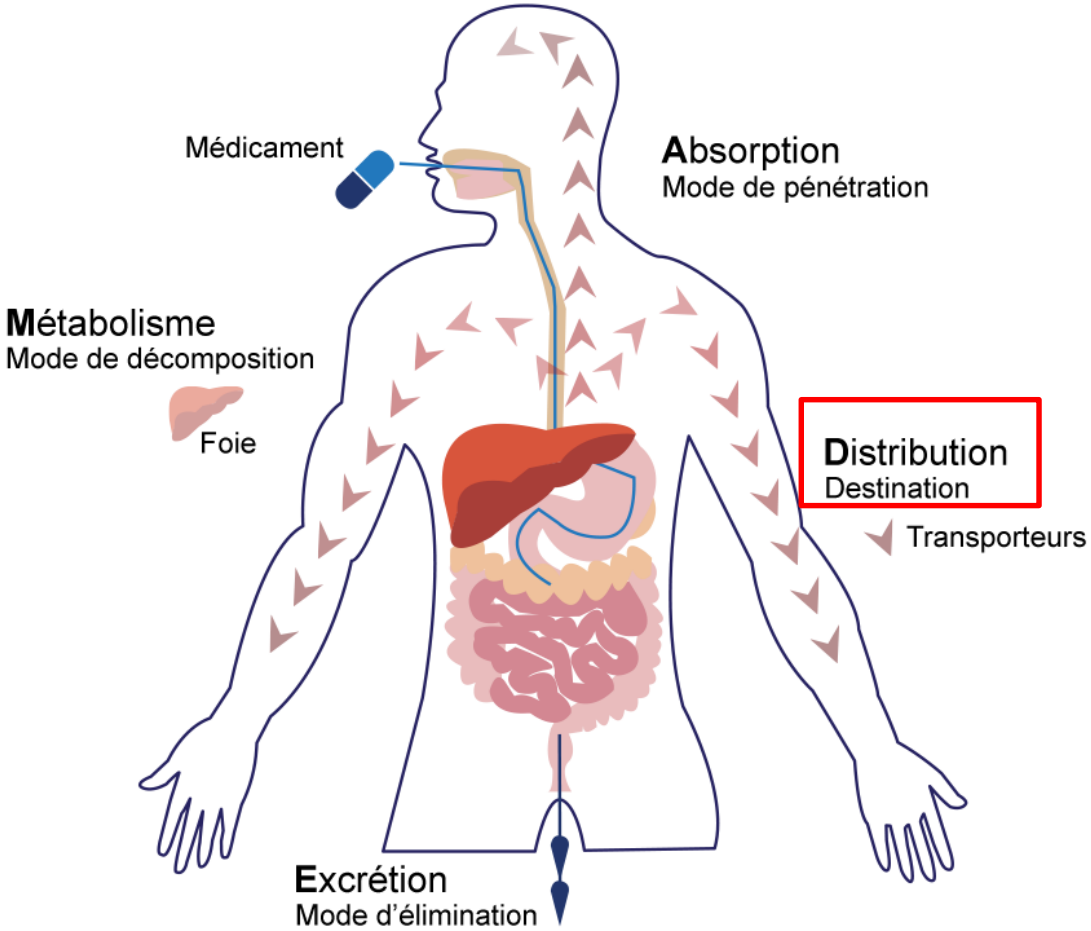
Spécificités pharmacocinétiques

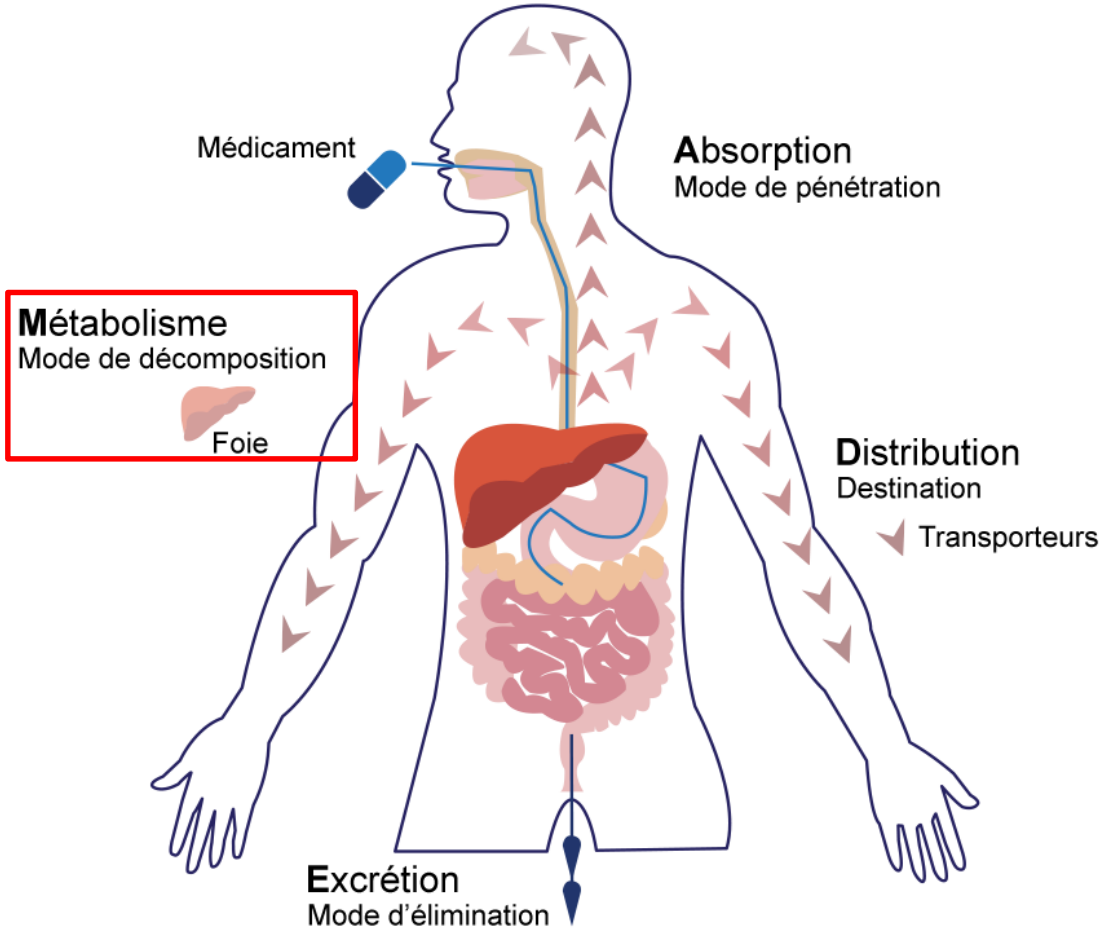
- En dehors de toute pathologie, le vieillissement et les changements des paramètres anatomiques et physiologiques qui l'accompagnent vont modifier la cinétique des médicaments.

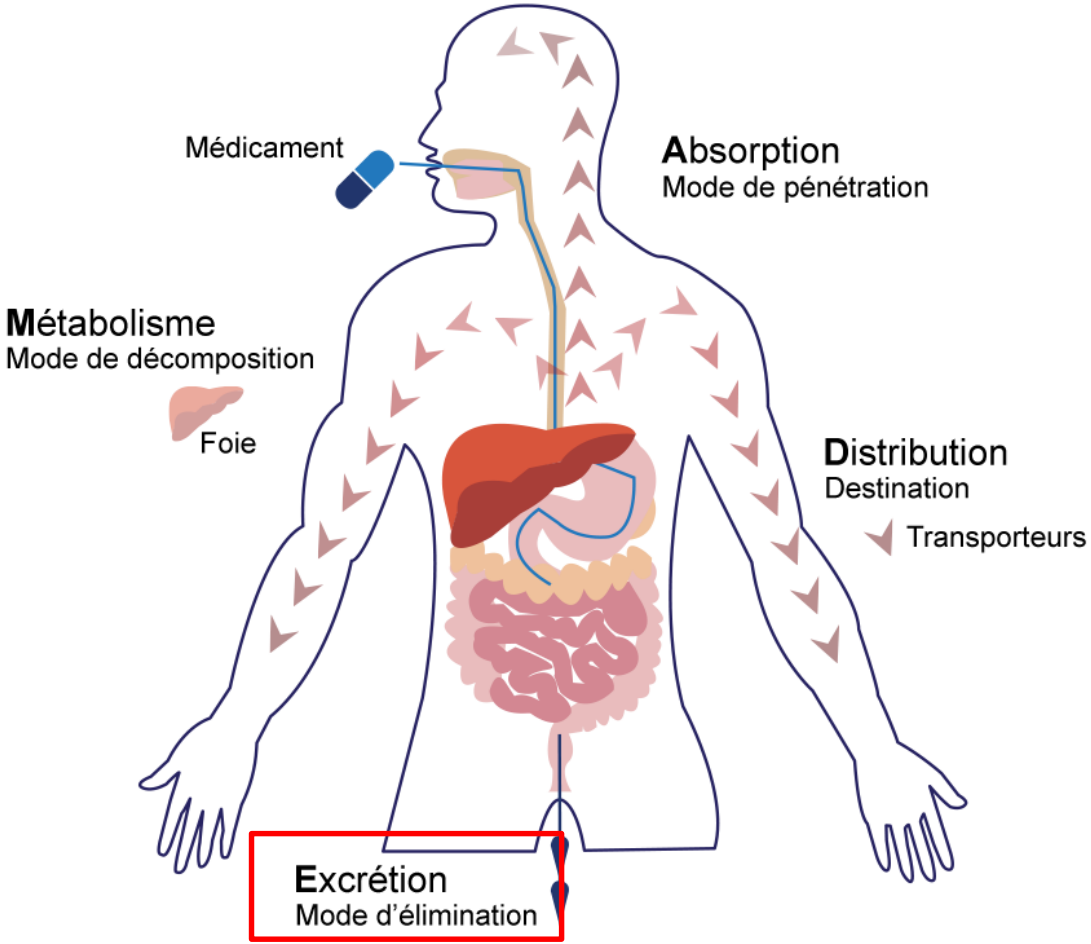
- Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques → incidence plus élevée des effets indésirables médicamenteux chez le sujet âgé

- A prendre en compte absolument dans le choix des thérapeutiques !


Médicament
Absorption
Mode de pénétration
Métabolisme
Mode de décomposition
Foie
Distribution
Destination
Transporteurs
Excrétion
Mode d'élimination


Médicament
Absorption
Mode de pénétration
Métabolisme
Mode de décomposition
Foie
Distribution
Destination
Transporteurs
Excrétion
Mode d'élimination


Médicament
Absorption
Mode de pénétration
Métabolisme
Mode de décomposition
Foie
Distribution
Destination
Transporteurs
Excrétion
Mode d'élimination


Médicament
Absorption
Mode de pénétration
Métabolisme
Mode de décomposition
Foie
Distribution
Destination
Transporteurs
Excrétion
Mode d'élimination

Spécificités pharmacocinétiques

- Au total, en ce qui concerne les modifications pharmacocinétiques liées au vieillissement :
  - les médicaments ne sont pas tous concernés
  - il existe des variations inter-individuelles,
  - le retentissement clinique reste incertain sauf en ce qui concerne le rein
- Certains organes sont particulièrement sensibles :
  - le cerveau aux psychotropes
  - la vessie aux anticholinergiques (rétention aiguë),
  - le système nerveux autonome dont les mécanismes de contre-régulation (hypotension orthostatique, incontinence urinaire...) sont moins performants.

Selon vous, quelles voies d’administration sont à privilégier en gériatrie ?



Per os	Rectale	Intramusculaire
Nasale	Oculaire	Intraveineuse
Pulmonaire	Auriculaire	Sous-cutanée
Externe	Sublinguale	Ça dépend…

Alors, comment choisir le bon médicament ?

En s'adaptant aux capacités de chacun

Problèmes	Solutions envisageables
Les aérosols	Délivrer une chambre d'inhalation ou un nébulisateur
Les collyres	Vérifier le maniement ; aide d'un membre de la famille ; système Easidrop®
Ouvrir un emballage ou un semainier	Vérification du bon maniement des dispositifs à l'officine
Mesurer des liquides	Avant de prescrire des gouttes, vérifier les préférences du patient et vérifier le bon maniement à l'officine
Taille des comprimés	A vérifier à l'officine que les comprimés ne sont pas trop gros à déglutir ou trop petits si le patient a des problèmes de vision et de dextérité
Couper un comprimé en deux	Vérifier à l'officine que le patient peut le faire et conserver la moitié restante
Lire les étiquettes posologiques	Vérifier que le patient puisse lire l'étiquette posologique et l'interpréter correctement, que l'information soit complète et précise

Focus : troubles de la déglutition

- Prévalence en population générale âgée de plus de 70 ans estimée à 27 %
- Augmentation avec l'âge : 33 % chez les plus de 80 ans, 41 % chez les personnes âgées hospitalisées, 51 % chez les patients en institution…



Broyer les comprimés plutôt que d'interrompre le traitement du patient : une fausse bonne idée ?

Liste OMEDIT Normandie des médicaments écrasables en partenariat avec la SFPC

Retrouvez la dernière version de la **Liste des médicaments écrasables produite par l'OMEDIT Normandie en partenariat avec la SFPC**

Principe actif	Form galénic	Cla A1	Libellé ATC3	Libellé ATC4	Go	Modalité de	Source des	Auti sour.	Méthode d'administration si médicament écrasé, ouvert ou dé	Alternative galénique	Informations RCP, notice patient et Thériaq	Réponses laboratoires résumées	Date mà
ABACAVIR / DOLUTEGRAVIR / LAMIVUDINE 600/50/300 mg *(Triumeq)*	Comprimé	J05AR13	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			*Notice patient*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Abacavir et Lamivudine solutions buvables.	La biodisponibilité des comprimés dispersibles de Dolutegravir est 1,6 fois supérieure à celle des comprimés pelliculés.		19/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE 300/150/300 mg *(Trizivir)*	Comprimé	J05AR04	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			*Notice patient*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Solutions buvables	A prendre de préférence au coucher.	GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	19/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE 600/300 mg *(Kivexa)*	Comprimé	J05AR02	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			*Notice patient*			Solutions buvables		GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	19/04/2023
ABACAVIR 300 mg *(Ziagen)*	Comprimé	J05AF06	Antiviraux à action directe	Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidique et nucléotidique			*Notice patient*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Solution buvable	Mélangeable à une petite quantité de nourriture ou de liquide. Administration immédiate.		19/04/2023
ACAMPROSATE 333 mg *(Aotal)*	Comprimé GR	N07BB03	Médicaments des troubles de l'addiction	Médicaments utilisés en cas de dépendance à l'alcool			*Notice patient*			Non	A prendre de préférence en dehors des repas si bonne tolérance digestive.		19/04/2023
ACARBOSE 50 et 100 mg *(Glucor)*	Comprimé ou comprimé sécable	A10BF01	Hypoglycémiants autres que les insulines	Inhibiteurs de l'α-glucosidase			*RCP*			Non	Doit être avalé avec un peu d'eau ou croqué. A prendre au début des repas.		19/04/2023
ACEBUTOLOL 200 et 400 mg *(Sectral)*	Comprimé	C07AB04	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants sélectifs			*Notice patient*			Solution buvable			19/04/2023
ACEBUTOLOL LP 500 mg *(Sectral LP)*	Comprimé LP	C07AB04	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants sélectifs			*RCP*			⚠ Non LP ⚠ Solution buvable			19/04/2023
ACENOCOUMAROL 1 et 4 mg *(Mini-sintrom, Sintrom)*	Comprimé sécable	B01AA07	Antithrombotiques	Antivitamines K			*RCP*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Non	A prendre à heure fixe, de préférence le soir.		19/04/2023
ACETAZOLAMIDE 250 mg *(Diamox)*	Comprimé sécable	S01EC01	Antiglaucomateux et myotiques	Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique			*Réponse laboratoire*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Non	A prendre de préférence pendant les repas pour masquer l'amertume.	Cooper 22-03-2022 : écrasement déconseillé car pas d'étude	19/04/2023
ACETYLLEUCINE 500 mg *(Tanganil)*	Comprimé	N07CA04	Antivertigineux	Antivertigineux			*Réponse laboratoire*			Non		Pierre Fabre 21-02-2022 : écrasement déconseillé car pas d'étude.	19/04/2023
ACICLOVIR 200 et 800 mg *(Zovirax)*	Comprimé	J05AB01	Antiviraux à action directe	Nucléosides et nucléotides sauf inhibiteurs de la transcriptase inverse			*Notice patient*	*Ecrasable selon HUG 03/2023*		Suspension buvable			19/04/2023
ACIDE ALENDRONIQUE / CHOLECALCIFEROL 70/2800 et 70/5600 UI *(Fosavance)*	Comprimé	M05BB03	Médicaments affectant la structure et la minéralisation osseuse	Biphosphonates en associations			*RCP*			Acide alendronique comprimé effervescent +	PA très irritant (risque d'ulcération). A prendre avec un grand verre d'eau (≥ 200 mL) peu minéralisée le matin à jeun. Patienter ensuite ≥ 30 min avant de manger, boire, s'allonger ou prendre d'autres médicaments.		19/04/2023

Mise à jour avril 2025

Adhésion thérapeutique

Adhésion thérapeutique

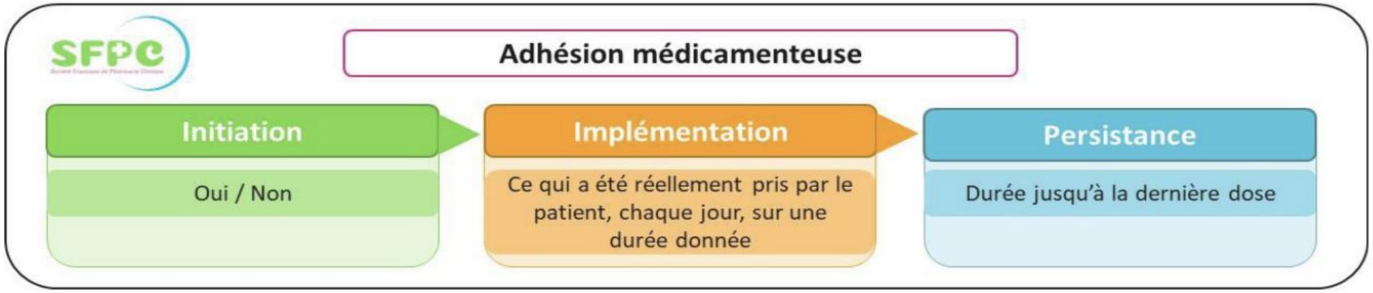


FIGURE 1
Le processus d'adhésion médicamenteuse.

*Concernant la description de la prise effective des médicaments, on retrouve dans la littérature historique les termes « observance », « compliance » qui correspondent à une vision binaire, normative et donc porteuse de jugement (bon ou mauvais patient), souvent injonctive (« il faut » prendre les médicaments) et non contextualisée de ce comportement de santé.

→ Définition opérationnelle normalisée de l'« adhésion médicamenteuse ».

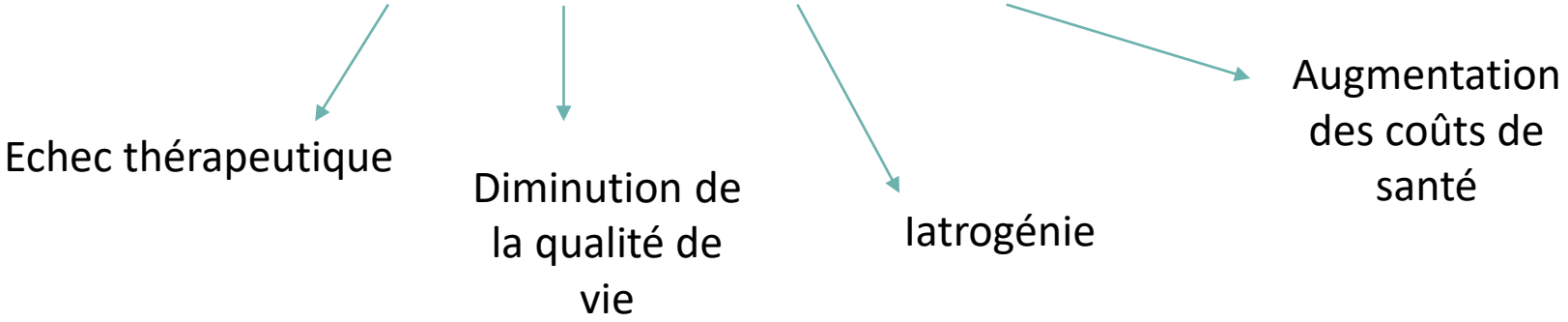
Adhésion / non-adhésion thérapeutique

- Facteur dynamique important à promouvoir chez la personne âgée et polymédiquée
- Déterminants de la non-adhésion vastes / identification indispensable pour une prise en charge appropriée
- Patient à associer aux décisions thérapeutiques
- Approche pluridisciplinaire souhaitable

→ alliance thérapeutique

Adhésion / non-adhésion thérapeutique

- La fréquence de la non-adhésion concerne 40 à 60% des personnes âgées souffrant de pathologies sévères



Merci à tous pour votre participation !

Dr Claire WALD
claire.wald@chru-strasbourg.fr

Votre avis nous est indispensable pour apprécier la qualité des formations.
Vos réponses nous permettent d'améliorer nos prestations afin de répondre au mieux à vos besoins.
Nous vous remercions de prendre 5 minutes de votre temps pour compléter la Fiche dématérialisée d'évaluation de la qualité de la formation

Connexion via smartphone QR code à scanner

Ou lien depuis un PC : https://enquetes.chru-strasbourg.fr/v4/s/yiyxvh/sphinxaspxid

THEMES A COCHER	☐ Agressivité et violences ☐ Autisme et troubles neuro développement ☐ Bureautique ☐ Gestion de dossier ☐ Hygiène ☐ Médicaments ☐ Nutrition et allaitement maternel ☐ Restauration ☐ Soins techniques ☐ Autres formations ☐ Autres formations internes
INTITULE DE LA FORMATION A RENSEIGNER	Intitulé exact de la formation A PRECISER

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

TAIRES DE STRASBOURG

Références bibliographiques

- Lexique de la pharmacie clinique 2025 – Société Française de Pharmacie Clinique https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772953224006075?via%3Dihub
- Journées thématiques interactives de Lille de la Société Française de Médecine d'Urgence. 22-24 Septembre 2021.
- Polypathologie et médicaments, iatropathologie, Collège National des Enseignants de Gériatrie https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/geriatrie/enseignement/geriatrie11/site/html/1.html
- Evaluation gériatrique standardisée https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/%C3%A9valuation-g%C3%A9riatrique-standardis%C3%A9e
- MPI https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/geriatrie-medicaments-potentiellement-inappropries-0 ; https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/136431/download?inline
- Adhésion thérapeutique : https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-56/l-adhesion-therapeutique-du-patient-age-ambulatoire-quels-determinants-et-quel-soutien
- Données/définitions de l'OMS : https://www.who.int/fr
- L'évaluation gériatrique au quotidian. Pr Pascal Couturier Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique CHU Grenoble SFGG, Paris, le 3 Octobre 2012
- Médicaments potentiellement inappropriés (OMEDIT Grand Est) https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/geriatrie-medicaments-potentiellement-inappropries-0 Mars 2025