



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie



Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées

Pr Claude Jeandel (CNPG)

Pr Olivier Hanon (SFGG)



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

Le guide P.A.P.A



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

Les personnes âgées se voient prescrire en moyenne 7 molécules différentes correspondant à 7 affections, au moins trois fois par an. Par ailleurs, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteux représentent un des 4 facteurs d'hospitalisation dite évitable.

Devant ce constat, la SFGG et le CNP de gériatrie publient un guide de 42 fiches relatives aux maladies ou situations fréquemment rencontrées (déshydratation, insomnie, dépression, douleur, etc.) dans toutes les spécialités. C'est leur adéquation et leur adaptation aux personnes âgées de plus de 75 ans qui en font toute l'originalité et toute l'utilité.

Ce guide à la disposition du corps médical et plus particulièrement des gériatres, des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD est le fruit d'un travail collectif qui a réuni un comité de rédacteurs et un comité de lecture figurant dans le corps de l'ouvrage.

ISBN 978-2-87671-582-0



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

Sous la direction des Professeurs
Olivier Hanon et Claude Jeandel



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

LE GUIDE P.A.P.A

frison
roche



frison
roche





Pourquoi un guide de prescriptions médicamenteuse adaptées à la personne âgée (P.A.P.A)

- Avec l'avancée en âge, le nombre moyen d'affections déclarées augmente.
- Ainsi au-delà de 64 ans, sept affections sont en moyenne déclarées dont certaines sont des maladies chroniques à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique.
- Les données de la CNAMTS révèlent ainsi que 85 % des personnes de 75 ans et plus présentent au moins une pathologie (une pathologie cardiovasculaire pour 29 % d'entre elles)
- En moyenne, 7 molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an.
- La iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteuses représentent un des 4 principaux facteurs d'hospitalisation dite évitable, qu'il s'agisse de sujets âgés vivants à domicile ou de résidents d'EHPAD.



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

Pourquoi un guide de prescriptions médicamenteuse adaptées à la personne âgée (P.A.P.A)



- Devant ces constats, et en pleine conformité avec les données du rapport de la mission Verger, **la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie** ont pris l'initiative de mettre à la disposition du corps médical, et plus particulièrement des gériatres, des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD,
- **un guide regroupant 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse »** adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (domicile, EHPAD...).



LISTE DES AUTEURS

Dr Gilles ALBRAND	Lyon	Pr Pierre KROLAK SALMON	Lyon
Pr Joël BELMIN	Paris	Pr Laurent LECHOWSKI	Paris
Pr Gilles BERRUT	Nantes	Dr Emmanuel MAHEU	Paris
Pr Sylvie BONIN GUILLAUME	Marseille	Pr Patrick MANCKOUNDIA	Dijon
Pr Marc BONNEFOY	Lyon	Pr Fati NOURHASHEMI	Toulouse
Pr Isabelle BOURDEL-		Dr Hakki ONEN	Lyon
MARCHASSON	Bordeaux	Dr Fannie ONEN	Paris
Dr Jean-Christophe BOURGEOIS	Orléans	Pr Marc PACCALIN	Poitiers
Dr Christian CADET	Paris	Pr Éléna PAILLAUD	Paris
Pr Philippe CHASSAGNE	Rouen	Dr Yves PASSADORI	Mulhouse
Pr Thierry CONSTANS	Tours	Pr Éric PAUTAS	Paris
Pr Benoît DE WAZIERES	Nîmes	Pr François PUISIEUX	Lille
Pr Jean-Paul EMERIAU	Bordeaux	Pr Muriel RAINFRAY	Bordeaux
Dr Monique FERRY	Valence	Dr Odile RAYNAUD-LEVY	Marseille
Dr Tatiana FIGWER	Orléans	Pr Yves ROLLAND	Toulouse
Dr Patrick FRIOCOURT	Blois	Pr Nathalie SALLES	Bordeaux
Dr Jean-Bernard GAUVAIN	Orléans	Dr Denise STRUBEL	Nîmes
Pr Gaétan GAVAZZI	Grenoble	Pr Laurent TEILLET	Paris
Dr Christian GENY	Montpellier	Pr Armelle TILLY GENTRIC	Brest
Pr Olivier GUERIN	Nice	Dr Thi Hai Chau TRINH	Orléans
Pr Olivier HANON	Paris	Pr Marc VERNY	Paris
Pr Caroline HOMMET	Tours	Pr Thomas VOGEL	Strasbourg
Pr Claude JEANDEL	Montpellier		



11 thématiques, 42 pathologies, 150 pages

SOMMAIRE

I - CARDIOLOGIE

1 - Fibrillation atriale.....	11
2 - Insuffisance coronaire.....	16
3 - Insuffisance cardiaque.....	20
4 - Maladie thrombo-embolique veineuse (Thrombose veineuse profonde et Embolie pulmonaire).....	24
5 - Hypertension artérielle (HTA).....	28
6 - Hypotension orthostatique.....	31

II - DIABÈTE ET MÉTABOLISME

7 - Diabète de type 2.....	33
8 - Dyslipidémies.....	37
9 - Dénutrition.....	39
10 - Déshydratation.....	44
11 - Carence martiale.....	47

III - NEUROLOGIE

12 - Accident vasculaire cérébral ischémique.....	51
13 - Maladie de Parkinson.....	55
14 - Maladie d'Alzheimer.....	59
15 - Démences autres que la maladie d'Alzheimer.....	62
16 - Épilepsie.....	65
17 - Insomnie primaire.....	68

IV - PSYCHO-GÉRIATRIE

18 - État dépressif caractérisé.....	71
19 - État anxieux.....	74
20 - États d'agitation : 20- A devant un syndrome confusionnel.....	76
20- B devant un syndrome démentiel.....	78

V - RHUMATOLOGIE

21 - Ostéoporose fracturaire.....	81
22 - Arthrose.....	87
23 - Chondrocalcinose.....	90
24 - Goutte.....	93

VI - INFECTIOLOGIE

25 - Broncho-pneumopathies infectieuses.....	99
26 - Grippe.....	101
27 - Infections urinaires symptomatiques.....	103
28 - Érysipèle.....	105
29 - Candidoses buccales.....	106
30 - Zona.....	107
31 - Vaccins : 31 - A dTPolio.....	108
31 - B Anti-grippal.....	108
31 - C Anti-pneumococcique.....	109

VII - GASTRO-ENTÉROLOGIE

32 - Reflux gastro-œsophagien.....	111
33 - Diarrhée aiguë.....	113
34 - Constipation fonctionnelle.....	115

VIII - URO-NÉPHROLOGIE

35 - Hypertrophie bénigne de la prostate.....	117
36 - Incontinence urinaire de type urgenturie.....	120
37 - Insuffisance rénale chronique (IRC).....	122

IX - PNEUMOLOGIE

38 - BPCO.....	126
----------------	-----

X - CANCÉROLOGIE

39 - Cancer du sein.....	132
40 - Cancer de la prostate.....	135

XI - VARIA

41 - Plaies de pression (escarres).....	140
42 - Douleur.....	141



Plan homogène pour chaque fiche

- Afin d'être didactiques, chacune de ces fiches suit un plan homogène en quatre chapitres :
- ✓ But du traitement
 - ✓ Moyens thérapeutiques : liste des moyens (classes/familles...)
 - ✓ Indications :
 - Ce qui doit impérativement être ordonné (rapport bénéfice/risque élevé)
 - Ce qui doit impérativement être évité ou proscrit (rapport bénéfice/risque faible)
 - Ce qui doit être discuté au cas par cas
 - ✓ Précautions d'emploi et critères de surveillance

BUT DU TRAITEMENT

Le traitement a pour but de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie (en soulageant les symptômes, en évitant les décompensations et les hospitalisations). On distingue 2 types d'insuffisance cardiaque (IC) :

- ✓ IC à fraction d'éjection altérée (FEVG < 50%).
- ✓ IC à fraction d'éjection préservée (FEVG > 50%), plus fréquente chez le sujet âgé.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des décompensations (phase aiguë) : OAP (œdème aigu du poumon) :

- ✓ **Diurétiques de l'anse** (le plus souvent par voie intraveineuse, à dose adaptée à l'état clinique),
- ✓ **Dérivés nitrés** (si la PAS est > 110 mmHg, le plus souvent par voie intraveineuse),
- ✓ **HBPM préventive**,
- ✓ **Oxygénothérapie** ou **VNI** (ventilation non invasive) (selon SaO₂),
- ✓ **Digoxine** en cas de fibrillation atriale (FA) rapide,
- ✓ **Traitement des facteurs déclenchants** (FA, poussée hypertensive, épisode ischémique aigu, infection bronchopulmonaire...),
- ✓ Des approches **cardiologiques spécifiques** pourront être discutées par le cardiologue référent : inotropes positifs IV (enUSIC).

Traitement de fond (phase chronique)

→ **Traitement non médicamenteux :**

- ✓ Régime n'excédant pas 6 g NaCl/j mais pas de régime sans sel strict,
- ✓ Activité physique adaptée aux possibilités du malade.

→ **IC à fraction d'éjection altérée :**

- ✓ **Inhibiteurs du système rénine angiotensine**
 - **Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)**, à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée (titration).
 - **Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA 2)** en cas d'intolérance aux IEC, à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée (titration).
- ✓ **Bêtabloquant (BB)** à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée (titration).
 - Utiliser un des 4 bêtabloquants ayant fait preuve d'efficacité : nébivolol, bisoprolol, carvedilol, succinate de métoprolol.

- ✓ **Diurétique de l'anse** (à faible dose, souvent nécessaire en traitement de fond en association aux autres thérapeutiques).
- ✓ **Antagonistes des récepteurs de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone)**. Leur utilisation en association aux IEC ou aux ARA2 est potentiellement dangereuse chez le sujet âgé et le plus souvent déconseillée après 80 ans.
- ✓ **Ivabradine**, chez les patients en rythme sinusal, si la fréquence cardiaque est > 70/min (malgré le traitement par BB ou en cas de contre-indication aux BB).
- ✓ **Digoxine**, en cas de FA rapide et de persistance des symptômes malgré un traitement optimal par IEC + BB + diurétique ou de contre-indication aux BB.

→ IC à fraction d'éjection préservée :

- ✓ **Traitements des facteurs déclenchants** (FA, poussée hypertensive, épisode ischémique aigu, infection bronchopulmonaire...).
- ✓ **Traitement de l'hypertension artérielle** :
 - **Bêtabloquants** à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée (titration).
 - **IEC ou ARA2**, à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée (titration).
 - **Diurétiques de l'anse** : à arrêter une fois l'épisode aigu jugulé ou réduire leur posologie à la dose minimale efficace.
 - **Diurétiques thiazidiques** (peuvent être utilisés à l'arrêt des diurétiques de l'anse dans le cadre du traitement de l'HTA).

Médicaments non cardiovasculaires

- ✓ **Vaccination** antigrippale et antipneumococcique selon le calendrier vaccinal.
- ✓ **Traitements médicamenteux des pathologies associées +++** (hypertension artérielle, diabète, dépression, bronchopathie chronique obstructive...).
- ✓ **Anticoagulant** (antivitamine K ou anticoagulants oraux directs) en cas de FA.
- ✓ **Traitement d'une carence martiale** : fer injectable.
- ✓ **Traitement d'une anémie** : transfusion, traitement de l'étiologie.

INDICATIONS



Ce qui doit impérativement être ordonné (rapport bénéfice/risque élevé)

→ IC à fraction d'éjection altérée :

- ✓ Indispensables en l'absence de contre-indication documentée : IEC + BB ± diurétiques de l'anse en cas de congestion.

→ IC à fraction d'éjection préservée :

- ✓ Indispensables en l'absence de contre-indication documentée : traitement antihypertenseur (basé sur IEC (ou ARA2) + bêtabloquants, ± diurétiques (diurétique

de l'anse lors de la phase congestive puis arrêt et remplacer par un diurétique thiazidique si besoin dans le cadre du traitement de l'HTA).

→ **Proposer une éducation thérapeutique au patient ou à son accompagnant.**



Ce qui doit impérativement être évité ou proscrit (rapport bénéfice/risque faible)

Éviter les traitements suivants :

- ✓ Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS dont les inhibiteurs de la Cox-2) qui peuvent favoriser les décompensations cardiaques et l'insuffisance rénale sous IEC (ou ARA2).
- ✓ Inhibiteurs calciques inotropes négatifs (vérapamil, diltiazem) en cas d'IC à fonction systolique préservée.
- ✓ Antiarythmiques de classe I.
- ✓ Dronédarone.
- ✓ Corticoïdes.
- ✓ Lithium.
- ✓ Digoxine (en dehors de la FA lors d'un OAP) en raison de sa marge thérapeutique étroite et de l'atypie des signes d'intoxication.
- ✓ Ne jamais associer un IEC et un ARA2.



Ce qui doit être discuté au cas par cas

- ✓ Des approches cardiologiques spécifiques pourront être discutées par le cardiologue référent : traitement chirurgical d'une valvulopathie, angioplastie coronaire, *pacemaker* pour stimulation multisite (à évoquer en cas d'insuffisance cardiaque réfractaire en rythme sinusal avec bloc de branche).
- ✓ Rechercher un syndrome d'apnée du sommeil en cas d'obésité.
- ✓ Soins palliatifs en cas d'IC terminale réfractaire au traitement par diurétique, chez un patient en fin de vie.

→ Surveillance clinique

✓ Surveiller l'efficacité du traitement :

- absence de signe d'IC,
- poids +++,
- fréquence cardiaque (objectif FC < 70 /min),
- pression artérielle (contrôle de l'HTA) .

✓ Surveiller la tolérance du traitement (en particulier lors des phases de titration):

- absence d'hypotension orthostatique,
- absence de bradycardie sévère (FC < 50/min).

→ Surveillance biologique

✓ Fonction rénale, natrémie, kaliémie :

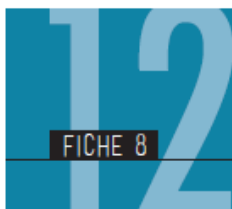
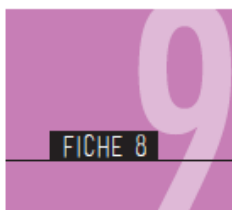
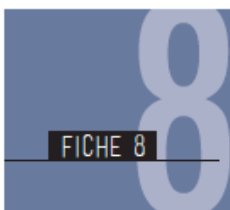
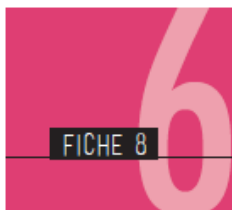
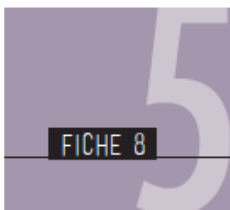
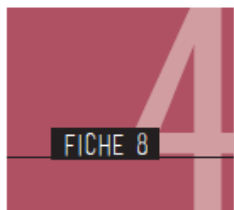
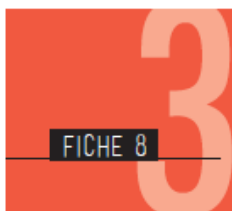
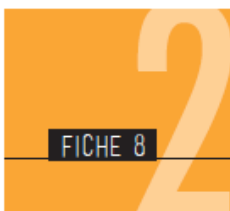
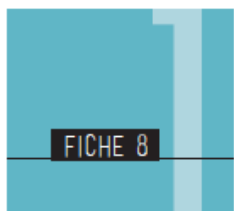
- lors de l'introduction et de la titration des IEC (ou ARA2),
- la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée à la fonction rénale : en divisant le débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois),
- systématiquement lors de la survenue d'un épisode aigu (décompensation cardiaque, déshydratation, diarrhée, vomissements, infection).

✓ Le suivi des peptides natriurétiques est inutile chez le sujet âgé.

→ Surveillance de l'observance thérapeutique

RÉFÉRENCES

- HAS Guide du parcours de soins Insuffisance cardiaque 2014, www.has-sante.fr
- ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 *Eur J Heart Fail.* 2012 Aug;14(8):803-69
- Management of heart failure in the elderly: recommendations from the French Society of Cardiology (SFC) and the French Society of Gerontology and Geriatrics (SFGG). *J Nutr Health Aging.* 2006;10:434-44



BUT DU TRAITEMENT

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

INDICATIONS

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET CRITÈRES DE SURVEILLANCE

CARENCE MARTIALE

FICHE 11

BUT DU TRAITEMENT

Corriger la carence martiale (latente ou compliquée d'anémie) définie (en l'absence de syndrome inflammatoire) par une ferritinémie inférieure à 50 $\mu\text{g/l}$.

Objectif thérapeutique : Taux d'hémoglobine $>$ ou $=$ à 12 g /100 ml ; ferritinémie $>$ à 100 $\mu\text{g/l}$.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Mesures générales : apports alimentaires/vitamine C

Sans effet

Administration de fer *per os*

→ Sels de fer (liste non exhaustive)

	Formulation	Concentration en fer (mg)	Molécule associée
Sulfate ferreux			
Fero-Grad®	comprimé	105	Vitamine C 500 mg
Tardyféron®	comprimé	80	Vitamine C 30 mg
Tardyféron B9®	comprimé	50	Acide folique (B9) 350 µg
Fumarate ferreux			
Fumafer®	- comprimé	66	
	- poudre	33	
Ferrostrane®	sirop	34	

- ✓ Dose quotidienne recommandée : 150 à 200 mg.
- ✓ Pendant au moins 3 à 4 mois.
- ✓ Intérêt de la vitamine C pharmacologique : non démontré.
- ✓ Si intolérance digestive (20 % des cas) : changement de formulation ou administration 1 jour sur 2.
- ✓ Absorption diminuée par IPP, anti-acides, LT4, quinolones, cyclines...
- ✓ Signaler la coloration noire des selles.
- ✓ Arrêt 1 semaine avant coloscopie.
- ✓ Surveillance du traitement *per os* : NFS/réticulocytes vers J10 et NFS/ferritine à 3 mois.



→ Fer intra-veineux

✓ Indications du fer intra-veineux :

- échec du traitement oral bien conduit (4 mois) ;
- traitement oral mal toléré ;
- insuffisant rénal sous EPO ;
- insuffisance cardiaque avec ferritine basse.

✓ Quelle forme utiliser ?

Nom générique	Nom commercial
Fer dextran de haut poids moléculaire	Dexferrum® Imferon®
Fer dextran de bas poids moléculaire	InFed Cosmofer® Ferrisat®
Fer sucrose	Venofer Fer Mylan®
Fer gluconate	Ferrlecit®
Fer carboxymaltose	Ferinject Injectafer®
Fer polyglucose sorbitol carboxymethylester ou Ferumoxytol	Ferahème®
Fer oligosaccharide	Monofer®



- ✓ Risque de choc anaphylactique fatal (0,6 %) avec les anciennes formulations (fer dextran).
- ✓ Diminution du risque (0,002 %) avec l'hydroxyde saccharose (Venofer®).
- ✓ Risque faible avec le carboxymaltose ferrique (Ferinject®).
- ✓ Intérêt de du carboxymaltose ferrique :
 - Diminution temps de perfusion (≥ 15 min pour 1000 mg).
 - Moindre toxicité veineuse
 - Dose injectable maximale importante : 1000 mg en perfusion et jusqu'à 200 mg en IVD lent.
 - Mais coût majoré (*Transfusion 2 culots GR = env 400 Euros*).

→ Posologie du fer carboxymaltose

- ✓ En pratique :
 - Une perfusion de 500 mg si poids < 50 kg ou Hb > 9 -10 g/dl.
 - Une perfusion de 1000 mg si poids > 50 kg.
 - Réévaluation à 3 mois et renouvellement de 500 à 1000 mg si ferritine < 100 $\mu\text{g/l}$ (ou 200 $\mu\text{g/l}$ si inflammation).

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET CRITÈRES DE SURVEILLANCE

- **Les perfusions de fer injectable doivent se faire en milieu hospitalier (chariot d'urgence à proximité) en raison du risque (faible) de choc anaphylactique.**
- **Fer injectable : effets indésirables**
 - ✓ Réaction anaphylactoïde et exceptionnellement anaphylactique, bronchospasme.
 - ✓ Extravasation : douleur, inflammation, pigmentation brune de la peau. Arrêt immédiat de la perfusion. Séquelles pigmentaires.
 - ✓ Troubles digestifs.
 - ✓ Coloration rouge des urines.
- **Surveillance du traitement *per os* : NFS/réticulocytes vers J10 et NFS/ferritine à 3 mois.**
- **Fer intraveineux : réévaluation à 3 mois et renouvellement de 500 à 1000 mg si ferritine < 100 µg/l (ou 200 µg/l si inflammation).**



BUT DU TRAITEMENT

Le traitement a pour but de réduire les douleurs et la gêne fonctionnelle et ainsi d'améliorer la qualité de vie, de réduire le handicap et le risque de dépendance.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement optimal de l'arthrose repose sur l'association de thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses, adaptée à chaque patient.

Traitements non médicamenteux

→ Éducation thérapeutique :

- ✓ Informer le patient sur les possibilités thérapeutiques et leurs objectifs, sur l'importance du maintien d'une activité physique régulière et non excessive, sur l'adaptation éventuelle de son environnement.

→ Perte de poids :

- ✓ La perte de poids seule semble peu efficace sur la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonction dans l'arthrose des membres inférieurs du sujet âgé, mais elle est conseillée dans la gonarthrose.
- ✓ Rappelons que les régimes hypocaloriques, intensifs ou prolongés, sources de dénutrition, sont à proscrire chez le sujet âgé.

→ Aides techniques :

- ✓ **Les aides à la marche** réduisent la douleur chez les patients coxarthrosiques ou gonarthrosiques. En cas d'atteinte unilatérale, la canne ou la béquille sera tenue du côté opposé. Sa hauteur sera adaptée. En cas d'atteinte bilatérale importante, un déambulateur est souvent préférable.
- ✓ **Des orthèses plantaires** avec bande pronatrice peuvent éventuellement être prescrites en cas d'arthrose fémoro-tibiale interne, si la statique du pied le permet.
- ✓ L'efficacité symptomatique des **genouillères** dans la gonarthrose du sujet âgé n'est pas démontrée. Elles peuvent être utiles en cas de genou instable.

→ Physiothérapie et neurostimulation électrique transcutanée (TENS) :

- ✓ La physiothérapie par champs électromagnétiques pulsés ou ultrasons semble n'avoir qu'un effet antalgique bref.
- ✓ Le TENS peut être indiqué dans les douleurs arthrosiques chroniques. Il nécessite une formation spécifique du prescripteur, la motivation du patient compte tenu des contraintes d'utilisation, la nécessité d'assurer son éducation thérapeutique (ou le cas échéant de son entourage) ainsi qu'un suivi régulier. Il est contre-indiqué en cas **de dispositif médical implantable actif**.



5 - RHUMATOLOGIE ■ ARTHROSE

→ Exercices physiques :

- ✓ Les exercices physiques sont efficaces à court terme et bien tolérés, mais leur efficacité à long terme nécessite la mise en place d'un programme d'exercices à domicile. Les exercices aquatiques semblent avoir une efficacité équivalente, avec un effet antalgique immédiat peut-être supérieur. Ils nécessitent une infrastructure lourde et ne peuvent s'adresser qu'à des patients autonomes et motivés.

→ Cures thermales :

- ✓ Elles ont montré une efficacité symptomatique modeste dans l'arthrose du genou et de la main.

→ Acupuncture :

- ✓ Plusieurs essais cliniques récents témoignent d'une efficacité symptomatique.



Traitements médicamenteux

→ Paracétamol :

- ✓ Il reste le traitement pharmacologique de première intention. Son efficacité antalgique est faible mais sa tolérance satisfaisante. En raison de son hépatotoxicité, la posologie ne doit pas dépasser 4g/j et doit être réduite de 50 à 75 % en cas d'insuffisance hépatique ou d'alcoolisme.

→ Analgésiques opiacés :

- ✓ L'utilisation d'opioïdes faibles (tramadol, tramadol/paracétamol, codéine) peut être envisagée en cas de douleurs réfractaires de coxarthrose ou de gonarthrose, en étant averti de la fréquence des effets secondaires (nausées, constipation, étourdissements et risques de chute...) chez le sujet âgé et de la nécessité d'adapter la posologie et les intervalles de prise.
- ✓ Les opioïdes plus puissants ne doivent être utilisés pour le traitement des douleurs sévères que dans des circonstances exceptionnelles, avec titration prudente.

→ **Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :**

- ✓ Les effets secondaires potentiels des AINS, digestifs, rénaux et cardiovasculaires limitent considérablement leur utilisation chez le sujet âgé. Leur posologie doit être la plus faible possible et leur durée d'utilisation la plus courte possible. La co-prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons est systématique chez le sujet de plus de 65 ans. Chez le sujet de plus de 75 ans, dans l'arthrose de la main ou celle du genou, la prescription d'AINS en topique doit être préférée à la voie orale.

→ **Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL) :**

- ✓ Chondroïtine sulfate, glucosamine, insaponifiables d'avocat-soja, Injections intra-articulaires d'acide hyaluronique dans la gonarthrose : ils ont une bonne tolérance, leur effet antalgique est modeste, mais utile.

→ **Corticoïdes intra-articulaires :**

- ✓ Efficaces à court terme dans la gonarthrose, en particulier en cas de poussée hydarthrodiale, ils n'ont pas fait l'objet d'études de tolérance chez le sujet âgé. En pratique, peu de difficultés signalées.

→ Traitement chirurgical

- ✓ Le recours à la chirurgie prothétique dans l'arthrose des membres inférieurs peut être envisagé y compris à un âge avancé, si l'état général le permet. Son résultat fonctionnel est indépendant de l'âge, mais dépend des comorbidités et de l'état fonctionnel et musculaire pré-opératoire.

INDICATIONS



Ce qui doit impérativement être ordonné (rapport bénéfice/risque élevé)

- ✓ Une prise en charge globale tenant compte des facteurs de risque généraux, de l'importance de la douleur et du handicap, de la situation et de l'importance des lésions structurales. Elle peut se limiter à une information du patient et à la recommandation d'activités physiques.



Ce qui doit impérativement être évité ou proscrit (rapport bénéfice/risque faible)

- ✓ Les traitements AINS au long cours.
- ✓ Les traitements opioïdes prescrits sans surveillance, sans adaptation des doses.



Ce qui doit être discuté au cas par cas

- ✓ Tout le reste, en cherchant activement la réduction maximale possible des symptômes.



Guide P.A.P.A

- Diffusion **gratuite**
 - aux médecins lors des JASFGG
 - Diffusion via site internet (sur demande)
- Application Smartphone
- Endossement par la HAS



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

Les personnes âgées se voient prescrire en moyenne 7 molécules différentes correspondant à 7 affections, au moins trois fois par an. Par ailleurs, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteux représentent un des 4 facteurs d'hospitalisation dite évitable.

Devant ce constat, la SFGG et le CNP de gériatrie publient un guide de 42 fiches relatives aux maladies ou situations fréquemment rencontrées (déshydratation, insomnie, dépression, douleur, etc.) dans toutes les spécialités. C'est leur adéquation et leur adaptation aux personnes âgées de plus de 75 ans qui en font toute l'originalité et toute l'utilité.

Ce guide à la disposition du corps médical et plus particulièrement des gériatres, des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD est le fruit d'un travail collectif qui a réuni un comité de rédacteurs et un comité de lecture figurant dans le corps de l'ouvrage.

ISBN 978-2-87671-582-0



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

Sous la direction des Professeurs
Olivier Hanon et Claude Jeandel



Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

LE GUIDE P.A.P.A