



**HAL**  
open science

## Approche pragmatique du risque iatrogène aux urgences

Lou Potier, Emmanuelle Magny, Lorène Zerah, Judith Cohen-Bittan, Marc Verny, Jacques Boddaert, Margaux Baqué

### ► To cite this version:

Lou Potier, Emmanuelle Magny, Lorène Zerah, Judith Cohen-Bittan, Marc Verny, et al.. Approche pragmatique du risque iatrogène aux urgences. *Soins Gériatrie*, 2021, 26 (151), pp.14-18. 10.1016/j.sger.2021.06.004 . hal-03473006

**HAL Id: hal-03473006**

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03473006v1>

Submitted on 9 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Approche pragmatique du risque iatrogène aux urgences**

Lou Potier<sup>1</sup>, Emmanuelle Magny<sup>2</sup>, Lorène Zerah<sup>2</sup>, Judith Cohen-Bittan<sup>2</sup>, Marc Verny<sup>2</sup>, Jacques Boddaert<sup>2</sup>, Margaux Baqué<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IDE, service d'accueil des urgences, GH Pitié-Salpêtrière. 47-83 boulevard de l'hôpital. 75013 Paris.

<sup>2</sup>Gériatre, Département de Gériatrie. GH Pitié-Salpêtrière. 47-83 boulevard de l'hôpital. 75013 Paris.

La iatrogénie peut être définie comme l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé (1). Cette notion regroupe donc en pratique deux types d'interventions médicales bien distinctes : la iatrogénie médicamenteuse (IM) et non médicamenteuse. En raison de la fréquence de la part médicamenteuse, ainsi que de la proportion de sa part évitable, nous allons aborder la iatrogénie médicamenteuse.

### **1/ Définitions des différents types de iatrogénie médicamenteuse**

La IM regroupe différents types de conséquence néfaste inattendue. On peut parler d'effet indésirable médicamenteux ou *adverse drug events*, c'est-à-dire « les dommages résultant d'une intervention médicale liée à un médicament (2) et qui peuvent se manifester par un signe, un symptôme ou une anomalie biologique ». On peut parler aussi de manière plus large encore de réaction indésirable médicamenteuse ou *adverse drug reaction* c'est-à-dire « toute réaction à un médicament néfaste et non recherchée survenant à des doses utilisées chez l'homme, à des fins de prophylaxie, de diagnostic ou de traitement » (1). Dans tous les cas, ces définitions prennent en compte la iatrogénie médicamenteuse uniquement dans un cadre de prescription appropriée, au bon dosage, avec une prise sur prescription médicale. Ainsi, de manière très récente en 2010, la Commission européenne a élargi la définition afin que toute réaction nocive et non voulue suspectée due à un médicament, quel qu'en soit l'usage, soit considérée comme un effet indésirable. On inclut donc maintenant dans la iatrogénie médicamenteuse les thérapeutiques médicamenteuses prises sans prescription appropriée qu'il s'agisse de mésusage (utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit de façon non conforme aux bonnes pratiques et à l'autorisation de mise sur le marché), d'abus (utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives ou non, ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou psychique) ou de prescription inappropriée (3). On

comprend donc bien qu'au-delà de toutes ces définitions, c'est l'ensemble de la prescription médicamenteuse qui peut être concernée par la iatrogénie : l'initiation, l'absence de réévaluation, de surveillance, de vérification de la bonne dispensation avec la bonne galénique, la multiplicité des prescripteurs et des ordonnances ainsi que des thérapeutiques prescrites. Le sujet âgé poly pathologique, et donc polymédiqué, constitue donc la population de patient la plus à risque de iatrogénie médicamenteuse. De même, toute situation de passage à l'hôpital, que cela soit pour une simple consultation aux urgences ou bien au cours d'une hospitalisation, est un moment à risque : risque de ne pas reconnaître une consultation/admission pour iatrogénie bien sûr mais risque aussi d'induire une iatrogénie médicamenteuse supplémentaire au cours du passage hospitalier.

## **2/La iatrogénie concerne les sujets âgés**

La prévalence plus importante de la iatrogénie médicamenteuse dans la population âgée peut s'expliquer par différents facteurs. D'abord des facteurs liés au vieillissement, mais qui ont un impact modéré, tel que le vieillissement rénal, par la diminution de la filtration glomérulaire, et le vieillissement digestif impactant absorption et métabolisme hépatique. Ensuite des facteurs liés aux comorbidités, au premier rang desquelles l'insuffisance rénale chronique avec accumulation des médicaments à élimination rénale, ou la dénutrition, avec augmentation de la fraction libre d'autre médicament. Ensuite des facteurs liés aux interactions entre médicaments, chez les patients polymédiqués, et l'on considère, de manière théorique, que ces interactions sont mal connues dès lors que l'on dépasse trois traitements sur une ordonnance. Enfin des difficultés liées à la multiplication des prescripteurs, à la difficulté d'observance, à l'isolement social, au déclin cognitif et aux déficits sensoriels compliquant les prises, rendant le monitoring aléatoire avec des ressources d'éducation thérapeutiques limitées. Les sujets âgés poly pathologiques et polymédiqués sont donc concernés en priorité par la IM.

## **3/ La iatrogénie concerne aussi le service d'accueil des urgences (SAU)**

Les liens entre SAU et IM sont étroits : d'une part l'IM mène aux urgences, d'autre part le SAU, lieu d'exercice difficile dans un temps contraint, expose à risque d'IM. La iatrogénie médicamenteuse serait responsable d'au moins 5 à 30% d'hospitalisations urgentes (4, 5). Les conséquences sont majeures puisque l'IM serait associée à 10 à 12 000 décès par an en France. Première difficulté, comprendre que le motif de la consultation au SAU est lié à l'IM, ce qui nécessite du temps pour retracer l'historique des médicaments sur les derniers jours, et

parfois simplement un changement de posologie. Deuxième difficulté : les symptômes dus à l'IM peuvent être variés et aspécifiques : au-delà de l'hémorragie que l'on peut facilement relier à un traitement anticoagulant, il peut aussi s'agir d'asthénie, d'anorexie, de chute ou encore d'incontinence. Enfin, le traitement complet des patients n'est pas toujours connu, et l'ordonnance souvent manquante, pour ne parler que de l'ordonnance principale, sans oublier les ordonnances faites dans le cadre de multi prescripteurs. Ainsi l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences ne connaîtrait que 60% des traitements, et le médecin prenant en charge le patient 90% (6). Le médecin urgentiste ne ferait le diagnostic de consultation liée à l'IM que dans 65% des cas, tout âge de patient confondu (7). Dans le cadre de l'urgence, ces données sont applicables à toutes les spécialités. En effet, un gériatre détecte moins de 50% des diagnostics d'admission liée à l'IM, comparé à un gériatre engagé dans une procédure évoquant systématiquement le iatrogène (8, 9).

En pratique, lorsqu'un patient âgé se présente aux urgences, quel que soit son motif de consultation, il faut évoquer systématiquement et en premier le diagnostic d'accident iatrogène, ou au moins avoir à l'esprit la possibilité d'une part liée à de l'IM. C'est généralement une hypothèse diagnostique très rentable. Pour le patient, cela évite les errances diagnostiques et l'escalade thérapeutique, pour le médecin c'est 1 chance sur 4 de faire le bon diagnostic. L'enjeu est majeur, puisque 40 à 70% des accidents iatrogènes pourraient être évitables (8, 10), ce qui à la lumière des 12 000 décès évoqués, situe l'ampleur du bénéfice attendu. Enfin, l'impact économique de la prévention de la iatrogène pourrait également être important, si la juste prescription permet d'en limiter le nombre, et si elle impacte le nombre d'hospitalisations et leur durée. Rappelons que la dépense pharmaceutique totale pour les personnes de plus de 65 ans représente 11 milliards d'euros par an en France (11).

#### **4/ Au SAU : que faire en tant que médecin ? en tant qu'infirmier ?**

##### **a. point de vue du médecin**

En médecine, le seul médecin qui ne fait pas de iatrogène est celui qui ne prescrit pas. Il faut donc avoir à l'esprit que tout clinicien fait du iatrogène, et penser à essayer de le limiter par une approche raisonnée. Ce risque est d'autant plus important dans le contexte de l'urgence où les décisions se prennent vite.

Autrement dit en 3 mots, aux urgences, il faut **avoir le réflexe iatrogène** ! Il faut systématiquement penser à la possibilité du diagnostic de iatrogénie, et se poser systématiquement la question « un accident iatrogénique est-il possible ? ». Il faut alors

chercher une chronologie compatible, des signes cliniques évocateurs, un évènement intercurrent favorisant.

- Si la réponse est non : un autre diagnostic est-il posé ? existe-il une indication à introduire un traitement ? existe-t-il une alternative non médicamenteuse ?
- Si oui : cet accident est-il isolé ou favorisé par une pathologie aiguë ? Doit-on faire un arrêt/substitution du traitement ? doit-on ajuster la posologie ? déclarer l'évènement à la pharmacovigilance ?

Dans tous les cas, il faut définir un suivi et rédiger l'ordonnance. Le but est aussi bien de savoir détecter un évènement iatrogène responsable du passage aux urgences que d'éviter d'en instaurer à son tour. En effet, 30% des prescriptions de nouveaux médicaments prescrits aux patients de plus de 65 ans consultants aux urgences seraient sous optimales, 13% induiraient une nouvelle interaction médicamenteuse et 12% seraient tout bonnement contre-indiquées (12). Certaines classes thérapeutiques sont naturellement plus suspectes d'iatrogénie : par exemple les antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants oraux. Mais cela concerne aussi et surtout des classes thérapeutiques banales largement prescrites : tous les médicaments cardiovasculaires, psychotropes, antalgiques, antibiotiques, anticholinergiques et hypoglycémifiants.

<b>Classe médicamenteuse</b>	<b>Effets secondaires fréquents</b>
Cardiovasculaire/Antihypertenseurs	Bradycardie Hypotension orthostatique/Malaise Toux Œdèmes des membres inférieurs
Antidépresseurs	Trouble ionique/SIADH Malaise/Somnolence Allongement du QT Syndrome de sevrage à l'arrêt
Benzodiazépines	Chute Syndrome confusionnel Syndrome de sevrage à l'arrêt
IPP	Syndrome confusionnel Trouble ionique Pullulation microbienne

	Modification de l'absorption d'autre traitement
Antalgiques	Somnolence Syndrome confusionnel Inefficacité
Antibiotiques	Allongement du QT Encéphalopathie
Anticholinergique : anti-émétique type Primperan/Vogalene, Antispasmodique vésicaux type Vesicare/Ditropan, Antihistaminique type Atarax, Anti-tussif type Toplexil	Syndrome confusionnel, hallucinations Rétention aigue d'urine Constipation Tachycardie Hyperthermie
Antidiabétique/Hypoglycémiant	Hypoglycémie Diarrhée

Tableau 1 : Effets secondaires fréquents selon la classe thérapeutique

Cette démarche est difficile. Des outils d'aide à la décision et à la réévaluation des thérapeutiques ont été validés. Parmi eux, les critères STOPP AND START (13) ciblent les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie et indiquent pour chaque situation donnée les médicaments inappropriés (STOPP) et les médicaments où la prescription doit être envisagée (START). D'autres critères moins pertinents, les critères de BEERS (14), classent les médicaments inappropriés en 3 groupes : inapproprié (à toujours éviter), potentiellement inapproprié (à éviter dans certaines maladies ou syndromes) et à utiliser avec prudence (balance bénéfice risque en faveur pour certains patients). Enfin, l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) de Boston a développé un outil « Trigger Tool » (15) qui détaille les éléments déclencheurs à rechercher dans le dossier des patients pour analyser les dossier « à risques » et détecter les évènements indésirables les plus fréquents. Parmi les éléments déclencheurs ou triggers en lien avec la iatrogénie médicamenteuse on retrouve l'utilisation d'antihistaminique, d'AVK, d'antiémétique ou anti diarrhéique, de thrombopénie <50 000/mm<sup>3</sup> ou encore la survenue de chute.

Le principal inconvénient de ces outils réside dans leur principal avantage : l'exhaustivité des informations pour prendre la meilleure décision thérapeutique. En effet, afin d'être exhaustif, il faut avoir récupéré tous les médicaments pris par le patient. Cela veut donc dire ceux

prescrits par le médecin généraliste, par les autres spécialistes, avoir récupéré l'ensemble des ordonnances mais il faut aussi prendre en compte les médicaments pris sans ordonnance et achetés librement en pharmacie. Cela nécessite donc un interrogatoire policier et approfondi du patient, de sa famille, du pharmacien, de l'IDE qui s'occupe de gérer la prise... Cela est donc chronophage mais nécessaire pour une prise de décision éclairée, au risque de méconnaître l'ensemble du tableau. Dans tous les cas, le passage au SAU peut ne pas être le moment opportun pour modifier/arrêter une prescription qui semble inappropriée ou en introduire une autre qui nous semble nécessaire. La modification thérapeutique peut être proposée via un courrier au médecin référent du patient que cela soit son médecin traitant ou le médecin hospitalier qui va prendre en charge le patient. La décision peut aussi se prendre au SAU après avis pris auprès d'un spécialiste avant un retour au domicile. Dans tous les cas, il est important de réfléchir aux prescriptions et de ne pas hésiter de proposer des modifications qui seront évaluées dans un second temps en dehors du contexte urgent. Tout ceci nécessite bien sûr une coopération multidisciplinaire : pharmacien/médecin de ville/IDE/urgentiste/médecin spécialiste hospitalier, et bien sûr en lien avec le patient et sa famille.

#### **b. point de vue de l'infirmière**

Toute situation de prise en charge par une infirmière aux urgences doit faire l'objet de précautions pour ne pas induire une iatrogénie médicamenteuse et peut être réalisée de manière pratique par des choses simples :

- Agitation avec trouble du comportement / DTS : Eviter les contentions au maximum et placer le patient dans un environnement calme (box porte ouverte / autorisation d'un accompagnant), éviter la prescription systématique de benzodiazépines. Surveiller les situations à risque d'aggravation de l'état d'agitation (globe/fécalome). Placer le patient sur un brancard/lit descendu au plus bas pour limiter les complications en cas de chute, ne pas mettre les barrières (augmentation du risque de chute compliquées). Placer les appareillages en cas de déficience sensorielle. Pour ces patients, il faut privilégier une prise en charge rapide et ainsi éviter séjour prolongé au SAU avec soit un transfert prioritaire en UHCD ou service d'hospitalisation.
- Elimination urinaire : Eviter la pose systématique d'une sonde à demeure et accompagner aux toilettes régulièrement, faire une surveillance bladder rapprochée et en cas de rétention aigue d'urine effectuer un sondage A/R en première intention.

- Altération de l'état cutané : Aux urgences, il faut éviter au maximum l'alitement prolongé et faire de l'effleurage en systématique. En UHCD, on pourra proposer un matelas anti escarre en veillant à une mise au fauteuil la plus précoce possible et en adaptant les apports alimentaires pour lutter le plus tôt possible contre la dénutrition.
- Dispositif intraveineux : Eviter la pose systématique d'un cathéter IV et privilégier la réalisation d'un bilan biologique sanguin simple, favoriser et encourager la prise d'eau per os et si cela n'est pas suffisant, penser à la voie sous-cutanée.
- Prise en charge de la douleur : privilégier la prise de palier 1 et de palier 3 et ne pas donner de palier 2 devant le risque de charge anticholinergique et donc de syndrome confusionnel.

Situations	Complications	Préventions
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affection aiguë</li> <li>- Trouble cognitif</li> <li>- Déficit sensoriel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusion (initiée ou entretenue)</li> <li>- Agitation</li> <li>- Anxiété</li> <li>- Chute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation du niveau d'autonomie (GIR)</li> <li>- Environnement calme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- box porte ouverte</li> <li>- autorisation d'un accompagnant</li> <li>- réassurance des soignants</li> </ul> </li> <li>- Brancard et lit descendus au plus bas (+/- matelas en contrebas)</li> <li>- Eviter les contentions physiques</li> <li>- Questionner indication des ridelles</li> <li>- Eviter les benzodiazépines de longue ½ vie</li> <li>- Eviter anxiolytique anticholinergique (Atarax)</li> <li>- Optimiser appareillage sensoriel</li> <li>- Transfert prioritaire en UHCD ou service hospitalier</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elimination urinaire/fécale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Globe/fécalome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance systématique et régulière des éliminations (bladder scan)</li> <li>- Eviter sondage à demeure systématique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- privilégier sondage aller/retour</li> <li>- accompagner aux WC</li> <li>- pas de protection systématique</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilité cutanée</li> <li>- Dénutrition</li> <li>- Insuffisance vasculaire</li> <li>- Décubitus prolongé</li> <li>- Support rigide</li> <li>- Position vicieuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escarre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAU : <ul style="list-style-type: none"> <li>- éviter alitement prolongé</li> <li>- effleurage systématique</li> </ul> </li> <li>- UHCD : <ul style="list-style-type: none"> <li>- matelas anti escarre</li> <li>- régime adapté</li> <li>- mise au fauteuil dès que possible</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- VVP</li> <li>- Immunosénescence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veinite</li> <li>- Bactériémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eviter cathéter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- privilégier bilan sanguin simple</li> </ul> </li> </ul>



- Insuffisance cardiaque	- Surcharge hydrosodée	- hydratation orale (+/- sous-cutanée) - Réévaluation régulière indication des VVP (d'autant plus si ablation par patient) - Privilégier base de glucosé avec électrolytes plutôt que sérum physiologique ou Ringer Lactate
- Douleur	- Confusion	- Eviter pallier II (Tramadol, Acupan) - Privilégier pallier I et pallier III (Morphine orale)
- Comorbidités multiples - Polymédication	- Décompensation pathologie chronique	- Récupérer antécédents et ordonnance de référence - Eviter le sevrage des traitements de fond

Tableau 2 : Situations médicales à risque de iatrogénie avec conduite préventive pour éviter la iatrogénie.

### **5/ Focus sur la dépendance iatrogène**

La dépendance liée à l'hospitalisation est définie par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. Son incidence chez les patients hospitalisés de 70 ans et plus est de l'ordre de 30 à 60%. Elle dépend de trois facteurs qui interagissent entre eux: la pathologie ayant justifié l'hospitalisation, l'état de base du patient à l'entrée et les processus de soins et l'environnement hospitalier qui sont à l'origine de ce que l'on appelle la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation est dite évitable lorsqu'elle est la conséquence d'une mesure de soins inappropriée ou omise, ou d'un environnement inadapté. La prise en charge et la prévention de la dépendance iatrogène sont fondées sur une approche centrée-patient caractérisée par une prise en charge coordonnée pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Les soins sont réévalués et ont pour objectif de répondre à la pathologie ayant justifié l'hospitalisation, mais aussi l'amélioration ou le maintien de leurs capacités fonctionnelles et psychiques. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des sujets âgés sont nombreux en particulier l'âge > 70 ans, la fragilité, le statut fonctionnel et cognitif pré-morbide et un support social faible.

Afin de prévenir l'apparition de cette dépendance iatrogène, la HAS (16) recommande 6 mesures pour prévenir la dépendance iatrogène liées à l'hospitalisation chez les personnes âgées :

- Mettre en place dans l'ensemble des services hospitaliers recevant des sujets âgés : le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation : le syndrome d'immobilisation, la

confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments.

- Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des sujets âgés, en particuliers par le développement des équipes gériatriques intra-hospitalières.
- Adapter l'environnement et els équipements du service aux besoins spécifiques des patients âgés.
- Améliorer l'interface ville/hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- Adapter l'organisation du service pour répondre à ces enjeux.
- Ces mesures doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et supposent une organisation du fonctionnement des services, une démarche d'amélioration continue de la qualité, et la formation et l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière afin de mettre en place et de soutenir le changement des pratiques sur le long terme.

## Conclusion

Dans les dernières décennies, les personnes âgées ont pu bénéficier de façon importante des progrès thérapeutiques notamment médicamenteux mais cette population reste particulièrement exposée à la iatrogénie. Il importe donc de formaliser une démarche d'évaluation et de prescription rigoureuse pour prendre en compte le patient dans sa singularité et sa globalité tout au long de son parcours de soin y compris dans les situations les plus urgentes.

## Bibliographie :

- 1) OMS. (1989). La santé des personnes âgées. En ligne : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39539/WHO\\_TRS\\_779\\_fre.pdf;jsessionid=B07FD7CEABA6FAFDF57020CBA7BAD891?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39539/WHO_TRS_779_fre.pdf;jsessionid=B07FD7CEABA6FAFDF57020CBA7BAD891?sequence=1)
- 2) Bates DW, Cullen DJ, Laird N, *et al.* Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE prevention study group. *JAMA* 1995;274:29–34
- 3) Bonnet-Zamponi D. Iatrogénie et prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. EMC - Traité de Médecine Akos 2018;0(0):1-11 [Article 3-1040].
- 4) Pirmohamed M, James S, Meakin S. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18,820 patients. *BMJ* 2004;**329**:15–9.

- 5) Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 2011;**365**:2002–12.
- 6) Nixdorff N, Hustey FM, Brady AK, Vaji K, Leonard M, Messinger-Rapport BJ. Potentially inappropriate medications and adverse drug effects in elders in the ED. *Am J Emerg Med*. 2008 Jul;**26**(6):697-700. doi: 10.1016/j.ajem.2007.12.007. PMID: 18606325.
- 7) Roulet L, Ballereau F, Hardouin JB, Chiffolleau A, Moret L, Potel G, Asseray N. Assessment of adverse drug event recognition by emergency physicians in a French teaching hospital. *Emerg Med J*. 2013 Jan;**30**(1):63-7. doi: 10.1136/emered-2011-200482. Epub 2012 Feb 25. PMID: 22366041.
- 8) Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;**289**:1107–16.
- 9) Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, Taillandier-Heriché E, Thomas C, Verny M, Pasquet B, Moutet AL, Lieberherr D, Lacaille S. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Nov;**59**(11):2017-28. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03628.x. Epub 2011 Sep 27. PMID: 22091692.
- 10) Handler SM, Wright RM, Ruby CM, Hanlon JT. Epidemiology of medication-related adverse events in nursing homes. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;**4**:264–72.
- 11) ADEIC « Petit livre blanc sur la iatrogénie médicamenteuse » <http://www.adeic.fr/wp-content/uploads/2016/06/Livre-Blanc-sur-iatrog%C3%A9nie-m%C3%A9dicamenteuse-16-02-2016-1.pdf>
- 12) Hastings, S.N., Purser, J.L., Johnson, K.S., Sloane, R.J. and Whitson, H.E. (2008), Frailty Predicts Some but Not All Adverse Outcomes in Older Adults Discharged from the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56: 1651-1657. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01840.x>
- 13) Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al. STOPP (screening Tool of older Person's Prescriptions) and dSTART (screening tool to alert doctor to right treatment). *Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;**46**:72—83.
- 14) Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 1991 Sep;**151**(9):1825-32. PMID: 1888249.
- 15) Griffin FA, Resar RK. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
- 16) Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, HAS, Fiche points clés organisation des parcours, octobre 2017. En ligne :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir\\_la\\_dependance\\_iatrogene\\_liee\\_a\\_lhospitalisation\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees\\_-\\_fiche\\_points\\_cles.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf)

## Résumé

La population est particulièrement à risque de iatrogénie médicamenteuse du fait de modification physiologique mais aussi de la multiplicité des prescripteurs et de la polymédication. Les liens entre SAU et iatrogénie médicamenteuse sont étroits : imputabilité dans la raison du passage au SAU, situation urgente à risque de créer de la iatrogénie, difficulté et manque de temps pour reconstituer l'ordonnance et faire le diagnostic de iatrogénie. De manière pratique, un médecin au SAU doit toujours avoir le réflexe iatrogène et se demander systématiquement si un accident iatrogénique est possible. De même, il faut bien évaluer une nouvelle prescription pour ne pas créer de la iatrogénie au cours du passage au SAU. Toute situation de prise en charge par une infirmière aux urgences doit faire l'objet de précautions pour ne pas induire une iatrogénie médicamenteuse. Enfin, le risque de dépendance iatrogène est fréquent et des mesures simples doivent être mises en place afin de prévenir cette apparition au cours de toute hospitalisation d'une personne âgée.

Mots clés : iatrogénie médicamenteuse, SAU, personne âgée, réflexe iatrogène