Stefan Neuner-Jehle

Les stratégies contre la polypharmacie

Un article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»

La polypharmacie – qui se définit par l'administration de cinq médicaments ou plus à un seul et même patient – est associée à un risque accru d'effets indésirables, d'hospitalisations et de décès [1]. A l'époque actuelle, où les patients polymorbides sont de plus en plus nombreux, cela devient un véritable problème, en particulier chez les personnes âgées. Il y a donc un urgent besoin de stratégies efficaces pour lutter contre cette tendance.

Beers et ses collègues avaient déjà tenté d'adresser cette propension il y a une quarantaine d'années, en publiant des *listes négatives* (médicaments à éviter), mises à jours à plusieurs reprises depuis lors [2], puis étendues dans l'espace germanophone à des médicaments plus usuels sur nos marchés pharmaceutiques (liste Priscus) [3]. S'il vaut sans doute la peine, notamment dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées, de jeter un coup d'œil de temps à autres à ce type de listes, celles-ci n'ont pas connu un retentissement bien important.

On existe aussi depuis un certain temps déjà un *medication appropriateness index MAI* [4], qui pose pour chaque médicament et sur la base d'un ensemble de dix critères, la question critique de savoir si celui-ci est véritablement judicieux dans la situation actuelle du patient concerné. Plus récemment, cette approche a évolué et a commencé à être appliquée sous une forme simplifiée au domaine de la gériatrie avec l'algorithme de *Good Palliative Geriatric Practice (GPGP)* [5] (voir encadré). Cet algorithme très dépouillé n'est plus constitué que de quatre ou cinq questions clés. Nous sommes actuellement en train de tester cet algorithme à l'Institut de médecine de famille de Zurich pour savoir s'il peut s'appliquer efficacement aux patients et patientes suivis en médecine de premier recours (la phase pilote vient de se terminer et un essai randomisé est en cours de préparation).

Les listes *STOPP et START* utilisées en Irlande représentent aussi une approche intéressante, quoique plus complexe [6, 7]. Elle tient précisément compte du fait que de nombreux patients polymédiqués sont dans le même temps souvent sous-traités ou mal traités – un paradoxe qui illustre parfaitement que l'établissement de listes de médicaments ne résout pas à lui seul tous les problèmes.

Les questions clés de l'algorithme GPGP (simplifié):

1. L'indication est-elle correcte (tenant compte de la situation de vie du patient)?
2. Y a-t-il des effets indésirables potentiels ou des effets indésirables sont-ils déjà présents?
3. La dose est-elle correcte dans la situation actuelle du patient (fonction rénale, âge)?
4. Existe-t-il une alternative plus efficace et/ou mieux tolérée?

Conclusion

Les directives succinctes, élaborées sur la base de l'algorithme GPGP dans le but de réduire la polypharmacie, sont prometteuses. Le mot d'ordre est ici *priorisation*, car les diagnostics et les symptômes survenant chez un patient polymorbide ne requièrent pas absolument tous un traitement. La fixation de priorités nécessite une étroite collaboration avec le patient *(shared decision making)* et donc beaucoup de doigté, afin d'éviter que ce dernier se sente désavantagé, dévalorisé ou même abandonné au cours de ce processus de suppression de traitements et n'ait pas l'impression de *«ne plus valoir la peine d'être traité»* [8].

Références

1. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med. 2011;365:2002–2012.
2. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Archives Intern Med. 2003;163:2716–2724.
3. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. Dtsch Ärztebl Int. 2010;107:543–551; www.priscus.net.
4. Hanlon JT, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. Am J Med. 1996;100:428–437.
5. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med 2010;170:1648–1654.
6. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharm Therapy. 2008;46:72–83.
7. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing. 2007;36:632–638.
8. Schuling J, et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Fam Pract. 2012;13:56.

Apérçus du thème

– Neuner-Jehle S. Weniger ist mehr – wie Polypharmazie vermeiden? PRAXIS. 2013;102(1):21–27.
– Neuner-Jehle S. Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. PrimaryCare. 2011;11(12):212–15.

Correspondance:
Dr Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24
8091 Zürich
sneuner[at]bluewin.ch