

## État de l'art

# Polypharmacie chez les patients âgés

Stefan Neuner-Jehle

Rédacteur en chef; responsable Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin Zürich



Les patients âgés représentent aujourd'hui une grande partie de la patientèle de nos cabinets, ce qui modifie ainsi l'éventail des maladies traitées et les besoins en matière de soins: la majorité de ces patients souffrent de maladies multiples et complexes (multimorbidité). Le traitement conforme aux recommandations de ces maladies concomitantes conduit inévitablement à un grand nombre de médicaments pour chaque patient, et donc aussi à des problèmes.

## Définition et quelques statistiques

La polypharmacie est habituellement définie comme la prise au long cours de cinq principes actifs ou plus par un même patient [1]. Ces derniers temps, les demandes se sont multipliées pour une définition qui ne se limite pas au seul nombre, mais qui tient compte de la pertinence (*appropriateness*) du médicament en fonction de la situation du patient. En Suisse, le retraité moyen prend 5,6 médicaments [2], alors que ce chiffre s'élève à 9,3 chez les résidents des maisons de retraite et des EMS [3]. Les interactions entre les principes actifs, les conditions pharmacologiques modifiées chez les patients âgés quant à l'absorption et l'élimination des substances, ainsi que les effets pharmacologiques directs entraînent une augmentation des effets indésirables dus à la polypharmacie. Pour chaque médicament additionnel, le risque d'hospitalisation, d'admission dans un EMS et de décès augmente de 8,6% [4].

## Solutions

Toutefois, la polypharmacie n'est pas fatale. Comment pouvons-nous intervenir concrètement pour la contrer?

Les recherches menées à ce jour [5] ont montré que plusieurs étapes peuvent apporter une solution.

### Première étape: comparaison des médicaments (*medication reconciliation*)

Demandez au patient d'apporter tous ses médicaments au cabinet. Vous, ou votre assistante médicale, de préférence avec le patient, pouvez ensuite dresser une liste à jour des médicaments («*brown bag review*») qui présente la situation actuelle et révèle quels prescripteurs (p. ex. spécialistes, hôpitaux) sont encore en activité, quels médicaments le patient prend à l'insu du médecin et quelle est la situation en matière d'observance thérapeutique (adhésion thérapeutique).

### Deuxième étape: évaluation systématique de la pertinence des médicaments

Quatre critères, à l'aide desquels on peut tester la pertinence de chaque médicament, se sont avérés utiles à cet égard (tab. 1). L'âge, la fonction rénale, la fragilité et l'espérance de vie restante jouent un rôle clé dans l'évaluation de la pertinence: est-ce que le patient ressent encore vraiment les bienfaits des médicaments, comme par exemple les statines? Sa fragilité

Tableau 1: Critères pour l'examen des médicaments [16].

Question clé concernant chaque médicament	Réponse	Action ultérieure
Est-il (encore) indiqué?	Non	Arrêt
Les dommages (potentiels ou déjà subis) sont-ils plus importants que les bénéfices?	Oui	Arrêt
Est-il correctement dosé?	Non	Réduction de dose
Existe-t-il une meilleure alternative (plus efficace, plus tolérable)?	Oui	Passer à l'alternative

générale avec trouble de la marche augmente-t-elle le risque de chute due à une hypotension orthostatique à la suite d'une médication cardiovasculaire? Des listes telles que les critères de Beers, les critères START/STOPP ou les listes PRISCUS et FORTA (régions germanophones) peuvent également être utiles. L'étape suivante est toutefois décisive pour une optimisation réussie de la liste des médicaments.

### Troisième étape: comparaison avec les besoins, les préférences et les objectifs du traitement

Ce n'est que lorsque les priorités subjectives du patient en matière de traitement deviennent claires que l'on peut procéder à un arrêt raisonnable et approprié de la médication avec le soutien du patient. Il peut donc être judicieux d'effectuer l'étape 3 (comparaison avec les besoins) avant l'étape 2 (évaluation systématique de la pertinence): ce n'est que lorsque nous connaissons les besoins et les objectifs du patient que nous pouvons réfléchir à la pertinence d'un médicament dont l'utilisation vise à se rapprocher de ces objectifs.

Les préférences et les souhaits du patient jouent naturellement un rôle prépondérant également lorsqu'il s'agit de discuter des propositions de «*deprescribing*» et de décider ensemble si elles doivent être appliquées ou non. À ce stade, vous vous dites peut-être que nous, les médecins de famille, connaissons bien nos patients

et donc leurs objectifs. En fait, nous ignorons la principale souffrance subjective d'un patient sur cinq [6], si bien qu'il est judicieux de prendre connaissance du point de vue du patient en tant que condition préalable au «*deprescribing*». Un plan de médication compréhensible, mis à jour, et une consultation de suivi pour recueillir toutes les conséquences négatives du «*deprescribing*» améliorent encore l'efficacité de la procédure.

L'intégration d'un tel processus dans le dossier médical numérique de nos patients, combinée à des systèmes d'alerte (p. ex. contrôle des interactions, conflits entre maladies et traitements, cascades de prescription), serait idéale mais reste encore un rêve à ce jour. Il serait également utile que tous les prescripteurs aient accès à la liste des médicaments dans le dossier électronique du patient.

## Le problème des valeurs cibles

### Traitement du diabète

Un point d'achoppement dans ce processus est l'évaluation de l'indication d'un médicament, ou plus précisément le traitement selon les recommandations mentionnées ci-dessus. Jusqu'à récemment, par exemple, les lignes directrices pour le traitement du diabète recommandaient un HbA1c cible de 6–7%. Chez les



patients âgés (64 ans en moyenne), cependant, on a observé une augmentation de la mortalité (due à l'hypoglycémie iatrogène) lorsque la valeur se situe aux alentours de 6,5% ou moins. De l'autre côté de l'échelle de l'HbA1c, la mortalité augmente de nouveau à des valeurs >9,5% en raison d'événements liés à la maladie [7]. En d'autres termes, une valeur cible d'HbA1c de 8 à 9% est mieux adaptée aux personnes âgées diabétiques, sans perte de bénéfice. Cela est désormais pris en compte dans les directives internationales ainsi que dans les recommandations des campagnes *Choosing Wisely* ([www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)). Plus le patient est fragile, plus le réglage de l'HbA1c peut viser des valeurs élevées.

### Traitement de l'hypertension artérielle

La situation est similaire en ce qui concerne le traitement de l'hypertension artérielle qui fait actuellement l'objet de vifs débats. Les patients âgés de 80 ans ou plus bénéficient-ils vraiment d'un traitement agressif de l'hypertension artérielle avec des valeurs cibles inférieures à 130/80 mmHg, comme le recommandent les directives américaines actuelles? De nouvelles études menées en Hollande et en Israël (études de cohortes) ont montré que la mortalité augmente à partir de 85 ans au plus tard lorsque les patients sont traités de manière agressive, c'est-à-dire en maintenant la pression artérielle inférieure à une valeur cible de 140/90 mmHg [8, 9]. Une valeur cible systolique de 150 mmHg semble donc plus appropriée pour cette population de patients très âgés, d'autant plus que les effets indésirables des médicaments comme les déséquilibres électrolytiques ou l'orthostase sont moins marqués.

### Prévention primaire

Il en va de même pour la prévention primaire à l'aide de statines: selon une méta-analyse publiée récem-

ment, il n'existe aucun avantage avéré pour les personnes de plus de 80 ans [10]. Dans le même temps, il semble que l'arrêt des statines chez les personnes de 74 ans en moyenne n'a pas de conséquences négatives et améliore même la qualité de vie [11].

Dans le cadre d'une prévention primaire à l'aide d'acide acétylsalicylique ou d'antiagrégants plaquettaires, le bénéfice est réduit à néant en raison d'une augmentation des hémorragies sous traitement, même chez les patients à risque cardiovasculaire [12] – ces résultats indiquent qu'il est préférable de ne pas utiliser l'acide acétylsalicylique pour cette indication ou de l'interrompre activement.

### Et si le patient n'est pas d'accord?

Comme le montre une étude récente de notre institut (*«Chronic Care Study»*), un patient sur quatre à qui le médecin de famille suggère d'arrêter de prendre un médicament préfère ne rien changer [13]. Selon la littérature, les raisons fréquentes sont une attitude de base conservatrice (*«ce médicament m'a toujours fait du bien, je préfère ne rien changer»*), la peur de ce qui pourrait arriver sans le médicament et la multitude de prescripteurs différents auxquels le patient voudrait rester fidèle; ainsi qu'un sentiment de dévaluation (*«le traitement ne vaut plus le coup pour moi, je ne vaud plus rien»*) [14]. Il y a aussi une certaine passivité de la part des médecins, mais aussi des réticences quant au temps que cela demande, des mauvaises incitations à la pharmacothérapie et des discussions difficiles avec les patients sur des questions aussi sensibles que l'espérance de vie et la qualité de vie.

Une communication fondée sur l'empathie s'avère ainsi d'autant plus déterminante dans le cadre du *«de-prescribing»*. Offrir aux patients la possibilité d'aborder les nouveaux symptômes de maladies (qui étaient auparavant prévenus par des médicaments) selon une approche à bas seuil apporte de la sécurité et augmente le taux de réussite. En tout état de cause, la prescription appropriée de médicaments a encore toute sa place chez les patients âgés. Une telle intervention – selon les résultats de notre étude, de façon systématique tous les six mois – en vaut la peine: les méta-analyses montrent une réduction de la mortalité d'environ un tiers chez les patients polymédiqués à qui le *«de-prescribing»* a été appliqué [15]!

#### Crédit photo

ID 32787744 © Sophiejames | Dreamstime.com

#### Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch)

Correspondance:  
Prof. Dr. med.  
Stefan Neuner-Jehle  
Institut für  
Hausarztmedizin  
Pestalozzistrasse 24  
CH-8091 Zürich  
[stefan.neuner-jehle\[at\]  
usz.ch](mailto:stefan.neuner-jehle[at]usz.ch)

## Conclusion

En résumé, la recette contre la polypharmacie inappropriée est la suivante:

- Découvrir ce que le patient prend et penser aux autres prescripteurs.
- Examiner d'un œil critique la liste actuelle des médicaments, en tenant compte des objectifs du patient et de votre expertise médicale afin de déterminer si un médicament est approprié.
- Évaluer ensemble les bénéfices et les dommages potentiels et se prononcer concernant l'arrêt.
- Accompagner le processus d'arrêt avec empathie et en faisant en sorte que le patient se sente en sécurité.