

Est-il possible d'optimiser le traitement médicamenteux des patients âgés ?

Rédaction

L. Bochatay
A. Flatz
T. Fumeaux
I. Peytremann-Bridevaux

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (www.cochrane.org/). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc **pas** de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

Adresses

Dr Laurent Bochatay
Service de médecine interne, Hôpital de Nyon
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL)

Dr Thierry Fumeaux
Service de médecine interne et soins intensifs, Hôpital de Nyon
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL)

Drs Aline Flatz et Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et Université de Lausanne)
Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux
Cochrane Suisse, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

■ ■ ■
Rev Med Suisse 2013; 9: 1745

Scénario

Une patiente de 84 ans vivant seule vous consulte pour une chute sans cause évidente. Comme un médicament a été récemment introduit, en plus des cinq déjà prescrits, vous vous demandez si cette modification a augmenté le risque de chute et s'il était possible d'optimiser le traitement médicamenteux de cette patiente.

Question

Le traitement médicamenteux des patients âgés peut-il être amélioré par une intervention ?

Contexte

La polymédication, définie ici comme la prescription simultanée de ≥ 4 médicaments, est fréquente chez les personnes de ≥ 65 ans. Celle-ci peut s'accompagner d'une mauvaise adhérence aux traitements et provoquer des effets indésirables. Cette revue systématique a évalué l'efficacité des interventions visant à améliorer l'adéquation de la polymédication chez la personne âgée (≥ 65 ans) présentant deux maladies chroniques ou plus.

Résultats

Dix études ont été retenues (6 essais comparatifs randomisés (ECR), 2 ECR en cluster et 2 essais comparatifs non randomisés, incluant 21 911 patients). Elles ont comparé des interventions visant à optimiser le traitement médicamenteux (implication d'un pharmacien dans la gestion des médicaments: 9 études; système informatique d'aide à la prescription: 1 étude) à une prise en charge habituelle. Le critère de jugement primaire, l'adéquation du traitement médicamenteux, a été évalué par différents instruments de mesure validés.

Comparées à une prise en charge habituelle, les interventions:

- améliorent la polymédication en termes d'adéquation du traitement (Medication Appropriateness Index) (différences moyennes (DM) des scores d'adéquation avant et après l'intervention: -6,8; IC 95%: -12,3 à -1,2; 4 études; DM des sommes de scores d'adéquation après intervention: -3,9; IC 95%: -5,4 à -2,4; 5 études);
- n'améliorent pas la polymédication en termes de nombre de médicaments inappropriés (critères de Beers) (DM du nombre de médicaments inappropriés après intervention: -0,1; IC 95%: -0,3 à 0,1; 2 études);
- n'ont pas permis de montrer une amélioration clinique.

Limites

- Qualité méthodologique faible des études (randomisation peu claire, allocation non réalisée à l'aveugle, contamination et biais de mesure potentiels).
- Hétérogénéité de la durée des interventions et du suivi, de l'intensité et du type d'intervention (implication variable du pharmacien, par exemple).
- Nombre limité d'études ayant été intégrées dans la méta-analyse et variations des estimations issues des méta-analyses.

Conclusions des auteurs

Les interventions, soit la participation d'un pharmacien à la gestion de la polymédication ou un système informatique d'aide à la prescription, semblent améliorer l'adéquation de la polymédication chez la personne âgée. Cependant, les preuves sont faibles et l'efficacité clinique (réduction des effets indésirables de médicaments, du nombre d'hospitalisations, par exemple) est incertaine. En outre, la complexité et la diversité des interventions ne permettent pas de déterminer quelle est l'intervention la plus efficace.

Réponse à la question clinique/ mise en perspective

L'ajout d'un médicament peut provoquer des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses susceptibles d'augmenter le risque de chute de cette patiente. L'assistance d'un pharmacien ou l'utilisation d'un système informatique d'aide à la prescription permettrait probablement d'optimiser le traitement médicamenteux sans que l'on puisse toutefois affirmer que la chute aurait pu être évitée. Il est nécessaire d'évaluer si une optimisation du traitement médicamenteux permet d'améliorer les indicateurs cliniques.

Abréviations: DM: différence moyenne; IC 95%: intervalle de confiance de 95%.

Référence: Patterson SM, Huges C, Kerse N, Cardwelle CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Review* 2012, Issue 5. Art. No.: CD008165. DOI:10.1002/14651858.CD008165.pub2.