



Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu !

Rev Med Suisse 2013 ; 9: 1026-31

C. Mazzocato
S. David
L. Benaroyo
S. Monod

Polypharmacy and the elderly: neither too much nor too little

Elderly persons are at high risk of polypharmacy. Polypharmacy has been associated with numerous adverse outcomes, such as poorer quality of life, higher morbidity and mortality. However, deciding to stop or to continue a treatment is a difficult task, which confronts the physician to complex clinical and ethical choices. Such a decision requires a geriatric multidimensional assessment of the patient, an estimation of his or her prognosis, the definition of the goals of care and a careful assessment of the time to benefit of each drug. Diverse methods and tools to support the physician in this process are discussed in this article. However these can not replace a reflexive approach of the physician that integrates the values and representations of the patient with regard to his or her health and end of life, as well as his or her needs, fears and choices.

Le risque de polymédication est élevé chez la personne âgée, ce qui peut être délétère en termes de qualité de vie, de morbidité et de mortalité. Toutefois, décider d'interrompre ou de maintenir un médicament chez celle-ci peut confronter le médecin à des choix difficiles sur les plans clinique et éthique. Une telle prise de décision requiert une évaluation gériatrique multidimensionnelle du patient, l'estimation de son pronostic et, par là même, le choix des médicaments appropriés sur la base du délai du bénéfice escompté, des objectifs de soins et de traitements. Diverses méthodes et outils sont présentés, susceptibles de soutenir le médecin dans cette démarche. Ils ne peuvent néanmoins pas remplacer une démarche réflexive prenant en compte les représentations du patient à l'égard de sa santé et de sa fin de vie, ses besoins, ses craintes et ses choix.

INTRODUCTION

La polymédication chez la personne âgée est clairement associée à un risque augmenté d'effets indésirables, de surdosages, d'interactions médicamenteuses et d'erreurs de prise. Toutefois, interrompre ou maintenir un traitement chez un patient âgé peut nous confronter à des choix difficiles tant sur le plan clinique qu'éthique. Stopper un médicament n'est-il pas susceptible de péjorer son état ? Comment aborder avec un patient l'arrêt d'une mesure préventive suivie pendant de nombreuses années sous prétexte de son âge ? Le critère de l'âge ne risque-t-il pas d'induire une forme d'abandon thérapeutique et d'âgisme ? Alors comment procéder ? Dans le contexte de la gériatrie, une telle décision requiert la prise en compte globale de la personne, et nécessite une démarche rigoureuse et systématique. L'objet de cet article est de proposer quelques pistes de réflexion et divers outils qui peuvent soutenir le médecin traitant dans ce processus de prise de décision.

POLYPHARMACIE ET PRESCRIPTION INAPPROPRIÉE

La polypharmacie est définie habituellement comme la prise quotidienne de cinq médicaments ou plus et la polypharmacie excessive comme la prise de dix médicaments ou plus. Diverses définitions associent à cette terminologie la notion de prescription inappropriée, à savoir l'utilisation d'un médicament ne correspondant pas aux standards de pratique, dont les risques d'effets secondaires dépassent les bénéfices escomptés ou encore l'existence d'une autre médication plus efficace et plus sûre comme alternative.

La polypharmacie est une problématique touchant un nombre croissant de patients, notamment les personnes âgées. Divers facteurs sont en cause, tels que l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques avec l'allongement de l'espérance de vie, la reconnaissance de l'efficacité de la prévention secondaire, y compris au-delà de 75 ans, ainsi que l'accroissement de la palette thérapeutique. Enfin, la nécessité d'intégrer dans la pratique clinique le développement d'une médecine basée sur les preuves participe également à cette évolution. Selon une



étude danoise, 1,2% de la population prendrait quotidiennement plus de cinq médicaments.¹ En transposant ces données à la Suisse, on pourrait estimer que 100 000 personnes seraient sous polypharmacie et que deux tiers des personnes de plus de 70 ans prenant des médicaments en consommeraient plus de cinq quotidiennement.²

Les conséquences de la polypharmacie et d'une prescription inappropriée, en termes de morbidité, de mortalité et d'altération de la qualité de vie, sont importantes. La première conséquence est un risque accru d'effets secondaires liés aux effets directs des médicaments, aux interactions médicamenteuses ou aux effets inattendus sur les comorbidités. Le risque d'interaction médicamenteuse est de 13% lors de la prise de deux médicaments, de 38% avec quatre et de 82% avec sept ou plus.³ Le risque d'effets indésirables augmente linéairement de 8,6% pour chaque médicament additionnel.⁴ Des effets indésirables surviendraient chez 14,6 à 35% des personnes âgées de plus de 65 ans et un tiers d'entre eux seraient évitables.⁵ La polypharmacie est également associée à une prévalence augmentée de chutes et de fractures fémorales chez les personnes âgées. Enfin, les difficultés liées aux nombreuses prescriptions médicamenteuses et, dans une moindre mesure, à une non-adhésion thérapeutique s'accroissent en proportion directe du nombre de médicaments et de doses prescrits.

PROCESSUS DANS LA PRISE DE DÉCISION THÉRAPEUTIQUE

La population gériatrique étant extrêmement hétérogène, le critère de l'âge utilisé isolément est un mauvais marqueur de l'état de santé. La prise de décision concernant les choix de traitement nécessite d'être individualisée sur la base d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle qui prend en compte la complexité clinique caractéristique de beaucoup de patients gériatriques, liée à leurs comorbidités, leurs handicaps, leur fragilité et leur plus grande susceptibilité aux effets secondaires des médicaments. Cette évaluation gériatrique est médicale, mais également fonctionnelle, cognitive, psychologique, nutritionnelle, sociale et environnementale. Elle comprend une revue soi-

gneuse de la médication. L'évaluation gériatrique globale (Comprehensive Geriatric Assessment ou CGA) a démontré des bénéfices en termes de réduction du déclin fonctionnel, de diminution des institutionnalisations et des hospitalisations, d'amélioration de la fonction cognitive et de prévention de la polypharmacie.⁶ Un autre outil d'évaluation multidimensionnelle est le RAI-Domicile (Resident Assessment Instrument Home-Care), qui est actuellement en cours d'implémentation dans tous les services d'aide et de soins à domicile suisses.⁷

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle, quel que soit l'outil utilisé, permet d'identifier les différents problèmes d'une personne âgée et leurs répercussions fonctionnelles. Sur cette base, l'espérance de vie du patient peut être estimée⁸ et les objectifs de traitement identifiés et priorisés selon les préférences de celui-ci.⁹ Ce processus est illustré par Holmes et coll. sous forme d'une pyramide : chaque niveau de la pyramide représente la médication appropriée en fonction de la situation clinique du patient (figure 1). Sa base représente l'analyse des médicaments appropriés pour un patient de 65 ans et plus, dont le pronostic vital est bon et pour lequel toutes les mesures curatives sont envisagées. Cette médication s'amenuise progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la pyramide, pour n'être plus qu'une plateforme restreinte (sommet de la pyramide) lors de pronostic vital limité et de traitement à visée strictement palliative. Les arrêtes gauches, postérieure (A) et antérieure (B), correspondent au pronostic estimé et à l'évaluation du temps nécessaire pour qu'un médicament développe ses effets. Les arrêtes droites, antérieure (C) et postérieure (D), concernent les objectifs de soins et les choix thérapeutiques.¹⁰

Prescriptions appropriées : base de la pyramide

Chez les patients non gériatriques, le choix des traitements s'appuie sur les recommandations tirées d'études contrôlées ayant fait la preuve de leur efficacité. Toutefois, seulement 3% des essais contrôlés randomisés portent sur des individus de plus de 65 ans et les quelques études gériatriques disponibles concernent des personnes en bonne santé. La grande majorité des recommandations thérapeutiques sont donc au mieux une extrapolation, pas toujours

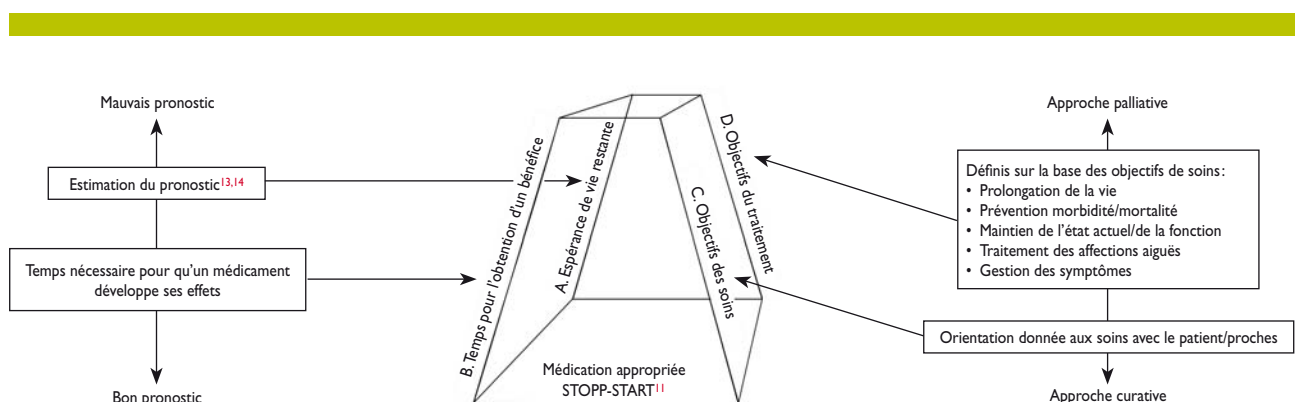


Figure 1. Modèle de prise de décision
(Adaptée selon réf.¹⁰).



appropriée, chez le patient âgé souffrant de multiples comorbidités et handicaps. Deux types de méthodes, qui peuvent être utilisées conjointement, sont susceptibles de limiter la polypharmacie mais également de détecter des traitements insuffisants.

Méthodes explicites

Elles font appel à des outils développés afin de seconder le médecin dans le dépistage de prescriptions médicamenteuses inappropriées. Parmi ceux-ci, le STOPP- (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*) -START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*), un outil récemment adapté en langue française, propose une liste de médicaments identifiés comme inappropriés chez la personne âgée. Il énumère également les interactions entre médicaments et comorbidités et identifie l'omission de prescriptions considérées comme appropriées.¹¹ Le **tableau 1** donne un exemple de son utilisation.

Méthodes implicites

Elles recourent au jugement clinique par le biais d'une série d'interrogations évaluant l'adéquation de la prescription. La **figure 2** illustre un exemple de ce type de démarche réflexive, le *Good Palliative-Geriatric Practice algorithm*. Dans une étude récente portant sur 70 patients, dont l'âge moyen était de 82 ans et prenant une moyenne quotidienne de 7,7 médicaments, son utilisation a permis de recommander une diminution de 58% de ceux-ci, proposition appliquée dans 81% des cas. L'interruption n'a donné lieu à aucun événement adverse indésirable ni décès et 88% des patients signalent une amélioration de leur état de santé et de leurs fonctions cognitives. Seuls 2% des traitements médicamenteux interrompus ont dû être repris au cours de l'intervalle d'observation de dix-neuf mois en moyenne.¹²

Estimation du pronostic: arrête gauche antérieure de la pyramide (A)

Estimer le pronostic de vie d'une personne âgée sur la base du seul jugement clinique est difficile. Depuis une dizaine d'années, divers outils visant à déterminer le risque de mortalité globale chez la personne âgée ont été développés. Ils se distinguent par le type de population étudiée, personnes âgées à domicile, en institution ou hospi-

Tableau 1. STOPP-START: comment cela fonctionne-t-il?¹¹

Au cours d'une consultation chez le médecin traitant, revue de la médication chez une patiente de 76 ans, connue pour une polyarthrite rhumatoïde, une hypercholestérolémie et un angor stable.

Traitement actuel

- Prednisone 10 mg/jour
- Oméprazole 40 mg/jour
- Dinitrate d'isosorbide 2x40 mg/jour
- Simvastatine 40 mg/jour
- Lorazépam 1 mg le soir

Le tableau **STOPP** attirera l'attention du médecin sur les risques liés à la corticothérapie au long cours, sur le dosage excessif possible de l'inhibiteur de la pompe à protons ainsi que sur les effets potentiellement délétères de la benzodiazépine chez une patiente de cet âge.

Le tableau **START** mettra en lumière l'absence d'acide acétylsalicylique et de bisphosphonates à visée préventive.

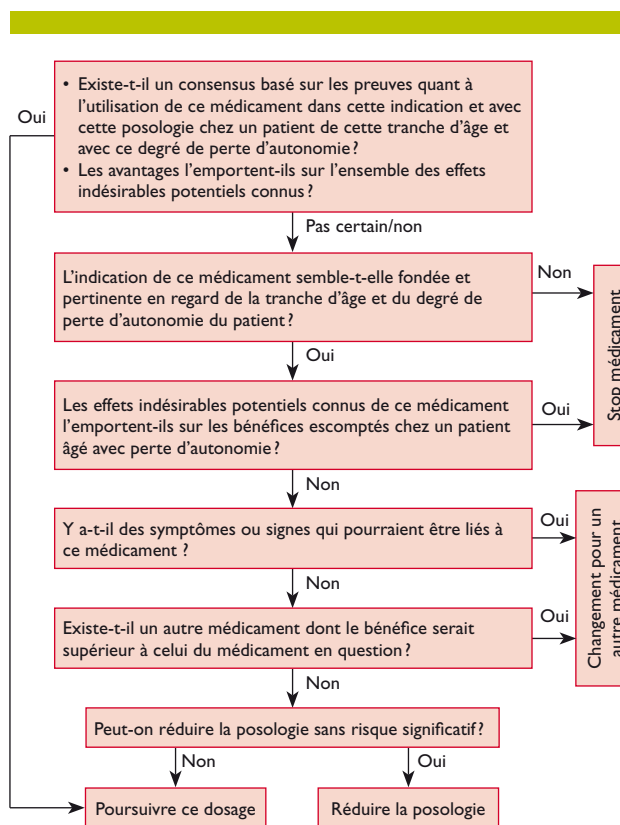


Figure 2. Algorithme Good Palliative-Geriatric Practice

(Adaptée selon réf.¹²).

talisées, et par l'échéance pour laquelle le risque de mortalité doit être déterminé.⁸ Le site internet ePrognosis offre aux médecins divers scores, incorporant des calculateurs intégrés favorisant leur utilisation.¹³ Le **tableau 2** donne un exemple de son utilisation.

Un autre site, le *Gold Standards Framework*, propose divers critères généraux et spécifiques à chaque pathologie les plus courantes dans l'objectif d'aider le médecin à identifier les patients, quel que soit leur âge, dont l'espérance de vie est estimée à moins de six à douze mois et à leur proposer des soins palliatifs.¹⁴

Temps nécessaire pour qu'un médicament développe ses effets: arrête gauche postérieure de la pyramide (B)

L'estimation du pronostic va permettre d'identifier les médicaments qu'il convient d'introduire, de maintenir ou d'interrompre sur la base du temps nécessaire au développement de leurs effets. Par exemple, les médicaments utilisés dans la prévention primaire ou secondaire, tels que les hypolipémiants, les bisphosphonates dans la prévention de l'ostéoporose ou encore les inhibiteurs de l'ECA (enzyme de conversion de l'angiotensine) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, sont de peu de valeur chez un patient dont l'espérance de vie est gravement compromise. Un traitement antalgique, dont les effets se font ressentir en 24 heures, est indiqué quel que soit le pronostic du patient. Il persiste néanmoins un certain degré d'incer-



Tableau 2. ePrognosis: comment cela fonctionne-t-il?¹³

Exemple

M^{me} B., âgée de 89 ans, réside en maison de retraite. Elle souffre d'une insuffisance cardiaque congestive, d'une insuffisance rénale stade 4, d'un déclin cognitif et d'une dépendance à autrui pour toutes les activités de sa vie quotidienne.

Etape 1

Sélection du meilleur index pronostique pour la patiente, en fonction de la précision de prédiction, la généralisation de l'index, le lieu où séjourne la patiente, l'efficacité clinique et le calendrier.

Dans le contexte actuel, choix de l'index de Porock¹⁶ destiné à des personnes âgées résidant dans un établissement médico-social, dont l'espérance de vie à six mois cherche à être évaluée.

Etape 2

Estimation du risque de mortalité utilisant l'index pronostique choisi. Le médecin peut estimer le risque de mortalité de la patiente en répondant à une série de questions incluse dans l'index choisi. A chaque réponse à ces questions sont attribués des points. Ces points sont comptés automatiquement afin de générer un score de risque pour chaque individu. Le score de risque est corrélé avec un risque absolu de mortalité pour une période de temps spécifiée.

Etape 3

Interprétation du risque de mortalité à partir d'un index pronostique. En utilisant un indice qui prédit une mortalité à six mois pour les patients en maison de retraite, M^{me} B. a un risque de mortalité de 69% à six mois (Porock index),¹⁶ ce qui signifie une espérance de vie de moins de six mois.

titude concernant divers médicaments sur le délai nécessaire pour qu'ils développent leurs effets bénéfiques.¹⁵

Objectifs des soins et des traitements: arrêtes droites antérieure et postérieure de la pyramide (C et D)

La définition des objectifs de soins est sans doute l'étape la plus délicate car elle doit intégrer, au-delà des recommandations et des évidences médicales, les représentations du patient et de ses proches à l'égard de sa santé et de sa fin de vie, ses besoins, ses craintes et ses choix. Ces derniers peuvent parfois s'écarter des options du médecin. Une part importante du travail d'accompagnement réside à informer au mieux, à reconnaître et à respecter les valeurs du patient et à rechercher, dans le cadre d'une pesée de ces valeurs, la meilleure option thérapeutique possible. Une telle démarche s'inscrit dans le temps et nécessite du temps. Elle demande une remise en question permanente avec le vieillissement du patient, la diminution de son espérance de vie et l'apparition de nouveaux handicaps, complications et comorbidités. Plus le terme de la vie s'approche, plus l'imprévisibilité s'accroît.

Les objectifs thérapeutiques, et par là même la médication, se définissent sur la base des objectifs de soins et devraient correspondre à ces derniers. Selon l'espérance de vie du patient, ils peuvent être une prolongation de la vie (prévention secondaire), un maintien de l'état du patient et de ses capacités fonctionnelles, le traitement d'une ma-

ladie aiguë ou encore une approche strictement symptomatique visant à préserver, au mieux, le confort et la qualité de vie du patient.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population, avec son cortège de comorbidités et de handicaps, et les progrès médicaux confrontent le médecin à des prises de décision thérapeutique de plus en plus complexes. Divers outils visant à évaluer les besoins multidimensionnels du patient, le caractère approprié d'une médication et à estimer le pronostic peuvent le guider dans cette démarche. Ils n'ont toutefois d'utilité qu'intégrés dans la démarche réflexive du médecin, soutenue par sa connaissance du patient, de ses valeurs, de ses attentes et de ses choix. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- D'une manière générale, la personne âgée se voit prescrire un nombre élevé de médicaments susceptibles d'entraîner des effets indésirables ainsi qu'une diminution de la qualité de vie
- Une revue régulière de la médication, par exemple une fois tous les six mois, est nécessaire chez la personne âgée
- Le médecin traitant peut s'aider au moyen d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle et de divers outils visant à déterminer le pronostic du patient et le délai du bénéfice escompté du médicament. Ces outils mettent en lumière la médication inappropriée, tout comme l'omission d'un éventuel traitement utile
- Ces outils n'ont toutefois d'utilité qu'intégrés dans la démarche réflexive du médecin, soutenue par sa connaissance du patient, de ses valeurs, de ses attentes et de ses choix

Adresses

Dr Claudia Mazzocato
Unité d'éthique biomédicale
Service de soins palliatifs
Pr Lazare Benaroyo
Unité d'éthique biomédicale
Dr Stéphanie Monod
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
CHUV, 1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch
lazare.benaroyo@unil.ch
stefanie.monod-zorzi@chuv.ch

Dr Stéphane David
Chemin de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Bibliographie

- 1 Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *European J Clin Pharmacol* 1997;53:7-11.
- 2 Neuner-Jehle S. Trop bien? – traitons la polypharmacie. *Prim Care* 2011;11:212-5.
- 3 Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug-drug and drug-disease interactions in the emergency department: Analysis of a high-risk population. *Am J*



Emergency Med 1996;14:447-50.

4 Viktil K, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacology* 2006;63:187-94.

5 Gurwitz J, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;289:1107-16.

6 * Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato M. Polypharmacy in the elderly. Can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509-18.

7 * Monod S, Hongler T, Castelli T, Clivaz-Luchez P, Büla C. Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile): ce que le médecin de premier recours doit savoir. *Rev Med Suisse* 2011;7:2176-83.

8 Vaucher Y, Monod S, Rochat S, Büla C. Evaluation de l'espérance de vie chez les personnes âgées. *Rev Med Suisse* 2012;8:2115-8.

9 Riat F, Rochat S, Monod S, Büla C, Renard D. Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides: guide à l'intention des cliniciens. *Rev Med Suisse* 2012;8:2109-114.

10 ** Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006;166:605-9.

11 ** Lang PO, Hasso Y, Belmin J, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Rev Can Santé Publique* 2009;100: 426-31.

12 * Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medica-

tions in older adults. *Arch Intern Med* 2010;170:1648-54.

13 * Eprognosis. Estimating prognosis for elders. Available at: www.eprognosis.org/, accessed January, 2013.

14 The Gold Standards Framework. A program for community palliative care. Available at: www.goldstandardsframework.org.uk/, accessed January, 2013.

15 Jukema JW, Cannon CP, de Craen AJM, Westendorp RGJ, Trompet S. The controversies of statin therapy: Weighing the evidence. *J Am Coll Cardiol* 2012; 60:875-81.

16 Porock D, Parker-Oliver D, Petroski GF, Rantz M. The MDS mortality risk index: The evolution of a method for predicting 6-month mortality in nursing home residents. *BMC Res Notes* 2010;3:200.

* **à lire**

** **à lire absolument**