



Pr Christophe Büla



Dr Michel Dafflon



Pr Gabriel Gold



Dr Markus Hug



Dr Jérôme Morisod



Arrêt des médicaments inappropriés

## Médicaments en long séjour? Peut mieux faire!

Il y a quelques jours, un communiqué de presse annonçait les résultats d'un travail effectué par des collègues bâlois qui ont analysé les prescriptions médicamenteuses chez les personnes de 65 ans et plus en Suisse (1). Cette étude s'est basée sur des chiffres provenant de la caisse maladie Helsana et, même si la représentativité de cette base de données est bien sûr discutable, le fait d'y accéder à des fins scientifiques paraît plutôt, en soi, un motif de se réjouir. Ce qui réjouit certainement moins, ce sont les résultats, en particulier concernant les résidents de long séjour: en moyenne, un résident recevrait 9.3 médicaments par jour et 79.1% des résidents auraient reçu au moins un médicament potentiellement inapproprié, pour une durée prolongée dans plus de la moitié des cas (56.2%). Sur la même base, les chercheurs estiment que 85.5% des résidents reçoivent 5 médicaments ou plus, le seuil communément admis pour définir la polypharmacie. On peut bien sûr se rassurer un peu en se disant que, malheureusement, ces chiffres sont très proches de ceux retrouvés dans la littérature internationale. Mais est-il possible de mieux faire? Probablement oui.

Le processus de «dé-prescription» est de mieux en mieux étudié et des étapes critiques, explicitement définies, sont proposées pour affronter la situation d'un patient: a) enregistrer tous les médicaments pris et l'indication retenue; b) estimer le risque global d'effets indésirables pour définir l'intensité de la dé-prescription; c) évaluer le rapport risque-bénéfice pour chaque médicament; d) prioriser la dé-prescription en fonction de ceux dont le rapport risque-bénéfice est le plus défavorable; e) initier le processus et monitorer la survenue d'effets adverses... ou d'une amélioration. Des outils relativement simples sont disponibles pour venir en appui (2), mais doivent s'inscrire dans un processus structuré et systématique si l'on veut en retirer un maximum d'avantages.

Car cela marche: un essai randomisé récent d'une telle approche de dé-prescription a été conduit chez 426 résidents séjournant en moyenne depuis 3 ans dans 59 établissements de long séjour néerlandais (3). Quatre mois après une intervention initiale unique de dé-prescription, l'arrêt d'au moins un médicament inapproprié était survenu chez 39.1% des résidents du groupe intervention vs 29.5% du groupe contrôle, correspondant à une probabilité environ 40% supérieure (aRR 1.37, IC 95% 1.02-1.75) d'arrêt d'un médicament inapproprié. Cette dé-prescription ne s'est accompagnée d'aucun effet clinique négatif pour les résidents.

Pour avancer, il s'agit de diffuser largement ce type d'approche dans notre système de soin. C'est justement l'objectif d'un projet soutenu dans le cadre du PNR 74 (Opportunities and Limits to Deprescribing in Nursing Homes, OLD-NH) (4). Réjouissons-nous d'en lire les résultats et les recommandations!

**Pr Christophe Büla**

Christophe.Bula@chuv.ch

### Références:

1. <https://www.helsana.ch/docs/arzneimittelreport-2017.pdf> (accès le 20.11.2017)
2. Lang PO et al. Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP/START. Rev Med Suisse 2015;11:2115-23
3. Wouters H et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents: a cluster randomized controlled trial. Ann Intern Med 2017. Doi :10.7326/M16-2729
4. Bugnon O. et al. [http://www.nfp74.ch/SiteCollectionDocuments/PNR74\\_brochure\\_A4\\_F.pdf](http://www.nfp74.ch/SiteCollectionDocuments/PNR74_brochure_A4_F.pdf)