

Effet positif de la revue médicamenteuse multidisciplinaire sur l'arrêt des médicaments inappropriés

Référence

Wouters H, Scheper J, Koning H, et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents: a cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2017;167:609-17. DOI: 10.7326/M16-2729

Analyse de

Ellen Van Leeuwen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent, Klinische Farmacologie, Vakgroep Farmacologie, UGent et Thierry Christiaens, Klinische Farmacologie, Vakgroep Farmacologie, UGent

Question clinique

Quel est l'effet de la revue médicamenteuse multidisciplinaire sur l'arrêt des médicaments inappropriés chez les personnes âgées en maison de repos ?

Contexte

La prescription correcte des médicaments chez les personnes âgées exige de peser soigneusement l'effet favorable escompté par rapport au risque accru d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. Différentes stratégies ont déjà été tentées pour limiter la polymédication et améliorer la qualité des prescriptions pour les personnes âgées (1,2). La revue médicamenteuse en est une. Cette intervention consiste en une évaluation structurée et critique de la pharmacothérapie effectuée régulièrement par les médecins et les pharmaciens (3). Une récente méta-analyse a montré que la revue médicamenteuse entraînait une diminution du nombre de problèmes liés aux médicaments (4). Dans deux synthèses méthodiques de la Cochrane Collaboration, on a observé qu'avec une revue médicamenteuse par le pharmacien, le nombre de consultations en urgence tendait à diminuer, sans effet sur la mortalité (5,6).

Résumé

Population étudiée

- inclusion de 59 services infirmiers de maisons de repos, 35 médecins de première ligne spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées (en moyenne, 50% avait > 5 ans d'expérience professionnelle), 5 pharmaciens et 426 personnes âgées avec une espérance de vie de plus de 4 semaines (âge moyen 83 ans (ET 9 ans), durée de séjour moyenne 34 mois, en moyenne 44% étant atteints de démence)
- exclusion des services infirmiers prenant principalement en charge des patients atypiques (tels que des patients avec retard mental ou trouble psychiatrique) et exclusion des personnes âgées qui refusaient les médicaments ou si la relation de confiance entre les membres de la famille et le personnel infirmier était difficile.

Protocole de l'étude

Étude pragmatique contrôlée avec randomisation par grappe, avec 2 groupes d'étude :

- groupe intervention : une seule revue médicamenteuse multidisciplinaire en plusieurs étapes (Multidisciplinaire Multistep Medicatie Review, MMMR ou 3MR) par le médecin et le pharmacien (effectuée après une formation de 3 heures) :
 - étape 1 : anamnèse pharmacothérapeutique par le personnel infirmier
 - étape 2 : analyse de la médication par le pharmacien à l'aide de l'outil électronique pour les critères START et STOPP et les critères de Beers
 - étape 3 : concertation multidisciplinaire entre le médecin et le pharmacien
 - étape 4 : mise en place de mesures pharmacothérapeutiques par le médecin et le personnel infirmier, avec suivi ultérieur

- groupe témoin : traitement standard
- durée de l'étude : 4 mois.

Mesure des résultats

- critère de jugement principal : nombre de personnes âgées chez qui au moins un médicament inapproprié était arrêté sans rechute ni symptômes de sevrage sévères
- critères de jugement secondaires : nombre de personnes âgées avec au moins un médicament nouvellement débuté, avec adaptations de la posologie, avec remplacement d'un médicament inapproprié par une alternative plus sûre ; exposition cumulée aux anticholinergiques et sédatifs ; qualité de vie ; fonction cognitive ; symptômes neuropsychiatriques ; recours aux soins de santé ; chutes
- correction de toutes les analyses pour tenir compte du sexe, de l'âge, de l'état civil, de la durée du séjour en maison de repos, du diagnostic de démence, de **score de l'indice de comorbidité de Charlson** ; mais aussi pour tenir compte des valeurs initiales lors des analyses de l'exposition cumulée aux anticholinergiques et aux sédatifs, de la fonction cognitive, des symptômes neuropsychiatriques et de la qualité de vie
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- sorties de l'étude : 14% dans le groupe témoin et 14,6% dans le groupe intervention
- critère de jugement principal : le nombre de personnes âgées chez qui au moins un médicament inapproprié a été arrêté avec succès était plus élevé dans le groupe intervention (91 sur 233 (39,1%)) que dans le groupe témoin (57 sur 193 (29,5%)) ; risque relatif (RR) 1,37 avec IC à 95% de 1,02 à 1,75
- critères de jugement secondaires :
 - pas de différence quant au nombre de personnes âgées avec au moins un médicament nouvellement débuté selon les critères START, avec adaptations de la posologie, avec remplacement d'un médicament inapproprié par une alternative plus sûre ; pas de différence quant à l'exposition cumulée aux anticholinergiques et aux sédatifs
 - pas de différence quant à la fonction cognitive, aux symptômes neuropsychiatriques et à la qualité de vie, quant aux chutes ou au nombre de consultations chez d'autres prestataires de soins de première ligne, gériatres et autres spécialistes.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la revue médicamenteuse multidisciplinaire chez les personnes âgées vulnérables en maison de repos est efficace pour l'arrêt des médicaments inappropriés sans détérioration de leur bien-être général.

Financement de l'étude

Organisation néerlandaise de recherche et développement pour la santé.

Conflits d'intérêts des auteurs

Aucun n'est mentionné.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Les auteurs de cette étude randomisée contrôlée pragmatique choisissent à juste titre une conception d'étude en grappe. La randomisation par grappe permet en effet que l'intervention et le contrôle aient lieu indépendamment l'un de l'autre sans risque de **contamination**. La randomisation selon un rapport de 1/1 a été effectuée par un ordinateur avec secret de l'attribution (concealment of allocation). Les caractéristiques de base des deux groupes étaient comparables, ce qui est un argument pour dire que la randomisation a été correctement effectuée. Moins de la moitié des

personnes âgées invitées étaient prêtes à participer. Cela peut indiquer une sélection des patients qui étaient favorables à l'intervention. Il ne nous est pas possible d'évaluer l'importance de ce **biais de recrutement** parce que les caractéristiques de base des personnes âgées participantes ne sont pas comparées avec celles des personnes âgées exclues. L'exclusion des personnes âgées, s'il n'y avait pas de bonne relation de confiance entre la famille et le personnel soignant, souligne l'importance de la collaboration pour aborder les médicaments inappropriés, mais peut aussi avoir influencé les résultats.

L'étude a été menée en simple aveugle parce que la nature de l'intervention ne permettait pas qu'elle soit réalisée en aveugle par les médecins et les pharmaciens. Les personnes âgées, le personnel de la maison de repos et les évaluateurs étaient bien en aveugle. Avec un taux de sorties d'études de 14% dans les deux groupes, aucun pré-calcul n'a été pris en compte dans le calcul de la taille de l'échantillon. Par conséquent l'étude a peut-être un manque de **puissance**. Le court suivi de quatre mois ne nous permet pas d'évaluer les effets à long terme et les effets indésirables rares.

Interprétation des résultats

Après la revue médicamenteuse multidisciplinaire, les médicaments inappropriés ont été arrêtés avec succès chez un plus grand nombre de personnes âgées. En chiffres absolus, cela signifie qu'au moins un médicament inapproprié a été arrêté avec succès chez 4 personnes âgées sur 10 dans le groupe intervention et chez 3 personnes âgées sur 10 dans le groupe témoin. Aucune différence n'a pu être constatée dans les critères de jugement secondaires. L'effet de l'intervention est donc à considérer comme étant plutôt faible. Il y a plusieurs explications à cela : premièrement, l'utilisation de l'algorithme Good Palliative-Geriatric Practice (bonne pratique palliative-gériatrique) (7) pour la revue médicamenteuse avait été retirée du protocole. Les pharmaciens paraissaient déjà utiliser l'algorithme, ce qui peut indiquer une connaissance préalable et conduire à un affaiblissement de l'effet dans le groupe intervention ; deuxièmement, dans ce type d'étude, il est toujours difficile de dissocier l'influence de l'intervention de celle des personnes qui effectuent cette dernière. Du fait de la participation à une étude pour réduire la prescription des médicaments inappropriés, il est possible que les médecins et les pharmaciens étaient plus vigilants et que les personnes âgées respectaient mieux leur traitement, ce qui peut en partie expliquer les résultats positifs dans le groupe témoin, ce que l'on appelle **l'effet Hawthorne**. Dans ce type d'intervention, on ne peut pas non plus exclure que l'enthousiasme de soignants et de membres de la famille ait favorisé l'amélioration des résultats ; troisièmement, nous ne savons pas si la posologie des médicaments avait déjà été préalablement réduite, si des médicaments avaient été débutés ou si des modifications avaient été apportées au traitement. Les personnes âgées ont séjourné en moyenne trois ans dans la maison de repos, et nous ne savons rien de leurs antécédents et du suivi de leur traitement médicamenteux.

Comme principal critère de jugement, ils ont choisi le nombre de personnes âgées chez qui au moins un médicament inapproprié a été arrêté avec succès, et non des critères de jugement principaux cliniquement pertinents, comme les capacités fonctionnelles générales et la qualité de vie. D'un autre côté, la qualité de vie des résidents des maisons de repos a vraisemblablement été influencée par plusieurs facteurs en plus de la revue médicamenteuse, et pour cette raison, il est peut-être plus intéressant d'étudier l'effet sur ces critères de jugement cliniquement pertinents avec des interventions dans plusieurs domaines combinant la revue médicamenteuse et une meilleure prise en charge nutritionnelle, des interventions avec de la gymnastique médicale, des interventions psychosociales, des interventions familiales. Les médicaments qui ont été arrêtés avec le plus de succès sont ceux qui visent l'estomac et les intestins, le système musculosquelettique, le système nerveux et le système respiratoire. Il aurait été très intéressant d'étudier quels médicaments avaient été arrêtés et quels médicaments n'avaient pas été arrêtés et si les médicaments arrêtés avaient le rapport risque-bénéfice le plus négatif pour le patient (8). Chez la personne âgée, se centrer aussi sur l'arrêt de médicaments qui avaient certes apporté un avantage clinique, mais qui n'étaient plus utiles (par exemple les médicaments de prévention), a probablement une grande influence sur la qualité de vie et sur le coût (9,10). L'anamnèse et le suivi ont été réalisés par du personnel infirmier. De plus, l'implication de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues et d'autres prestataires de soins pourrait peut-être contribuer à un effet plus important, notamment par l'observation des

personnes âgées et la proposition d'interventions non médicamenteuses. Pour le reste, nous ne savons rien de la suite du déroulement de la revue médicamenteuse après l'intervention.

La limite la plus importante pour l'extrapolation des résultats au contexte belge est la situation typique des Pays-Bas. En 2012 déjà, la société néerlandaise des médecins généralistes (NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap) publiait le guide de pratique clinique multidisciplinaire « Polypharmacie chez les personnes âgées » avec un plan par étapes pour la revue médicamenteuse (11). Aux Pays-Bas, le pharmacien connaît bien son rôle dans les soins pharmaceutiques depuis de nombreuses années (12). Pour cette étude, les médecins et les pharmaciens ont suivi une formation de trois heures. Nous pouvons nous demander si le pharmacien belge est déjà suffisamment formé en pharmacothérapie et en compétences en communication pour qu'une formation de trois heures soit suffisante. Une autre différence importante est le fait qu'en Belgique, chaque personne âgée conserve son médecin quand elle entre en maison de repos, tandis qu'aux Pays-Bas, un seul médecin généraliste spécialisé en gériatrie est responsable de la prise en charge de l'ensemble des résidents d'une même maison de repos. En conséquence, il faudra voir comment, en Belgique, une concertation pourrait avoir lieu entre un pharmacien et parfois 35 médecins généralistes se rendant dans une maison de repos.

De plus, le pharmacien utilise un outil électronique pour l'analyse de la médication à partir des données tirées du dossier. Il semble ici essentiel de procéder à un enregistrement électronique avec partage de données. En outre, les critères START/STOPP et les critères de Beers pour l'analyse de la médication ne sont pas directement applicables dans le contexte belge (13,14). En Belgique, l'outil GheOP³S a été développé pour la détection, par le pharmacien, d'éventuels « problèmes liés aux médicaments » chez les personnes âgées (3), mais la version électronique de cet outil n'existe pas encore.

Conclusion de Minerva

Il ressort de cette étude contrôlée avec randomisation par grappe, correctement menée d'un point de vue méthodologique, que la revue médicamenteuse multidisciplinaire est une intervention judicieuse pour réduire la prescription de médicaments inappropriés chez les personnes âgées en maison de repos. L'effet est cependant réduit, et on n'a pas encore montré qu'il entraînerait aussi de meilleurs résultats cliniques ou une meilleure qualité de vie. En outre, il est difficile d'extrapoler les résultats aux soins de santé de première ligne en Belgique.

Pour la pratique

En Belgique, il n'existe pas encore de guide de pratique clinique pour aborder les médicaments inappropriés chez les personnes âgées. Chez la personne âgée, la prescription appropriée est une entreprise complexe. Il est de la responsabilité du médecin de toujours peser l'effet clinique par rapport aux risques pour le patient dans le cadre d'une bonne stratégie de médecine factuelle. Les résultats positifs de cette étude représentent un stimulant pour les médecins et les pharmaciens en faveur d'une concertation multidisciplinaire avec revue médicamenteuse.

Références voir site web