Déprescription chez les personnes âgées : moins de médicaments, même santé ?

Référence
Persaud N, Workentin A, Rizvi A, et al, Interventions to address potentially inappropriate prescribing for older primary care patients: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2025;8:e2517965. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.17965

Analyse de
Ryan Tock, MSc. Infirmières
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez les personnes âgées, les interventions visant à réduire les prescriptions potentiellement inappropriées de médicaments permettent-elles, comparées aux soins usuels, d'améliorer les résultats cliniques en termes de mortalité, hospitalisation, qualité de vie ou seulement de diminuer le nombre de médicaments ?

Contexte
La prescription potentiellement inappropriée est malheureusement fréquente et associée à un risque réel pour la santé (1). Les adultes âgés y sont particulièrement exposés en raison de la polymédication et de leur vulnérabilité accrue (2,3). Par ailleurs, de nombreux patients expriment le souhait de réduire leur consommation de médicaments, pour des raisons telles que le coût, la commodité ou encore la crainte d'effets indésirables (4). En 2017, Minerva avait déjà analysé une étude consacrée à la déprescription qui confirmait l'absence de preuves en termes de morbi-mortalité mais qui ne montrait pas non plus que ces stratégies soient associées à une augmentation de la mortalité. Simultanément, elle suggérait un intérêt potentiel, à préciser et à confirmer, d'interventions bien individuellement ciblées (5). Cette fois, la revue s'intéresse plus spécifiquement à la déprescription chez la personne âgée, un enjeu clinique croissant dans nos pratiques (6).

Résumé

Méthodologie
Revue systématique et méta-analyse d'essais cliniques randomisés.

Sources consultées
- MEDLINE
- Embase Classic + Embase
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- stratégie utilisant vocabulaire contrôlé (MeSH / Emtree) + texte libre
- pas de restriction de langue ou de date.

Études sélectionnées
- critères d'inclusion :
  - essais randomisés contrôlés
  - menés en soins primaires ou en établissement de soins de longue durée
  - interventions : visent à réduire les prescriptions potentiellement inappropriées, définies comme un médicament "dont les risques peuvent excéder les bénéfices" ou "prescrit en l'absence d'indication clinique valide" ; ces interventions pouvaient être :

    - explicites : procédures d'examen médicamenteux basées sur des règles standardisées qui mentionnent clairement des médicaments, classes ou critères spécifiques à éviter ; elles utilisent des référentiels ou listes formelles permettant d'identifier de façon systématique les prescriptions potentiellement inappropriées ; exemples : STOPP/START, critères de Beers
    - implicites : revues de médication globales, sans utilisation de listes formalisées ou d'algorithmes prédéfinis ; elles reposent sur le jugement clinique du professionnel (pharmacien, gériatre, généraliste) et une approche individualisée du patient
  - comparaisons : soins usuels ou à une intervention minimale (ex. rappel générique)
  - critères de jugement prédéfinis : mortalité, hospitalisations, évènements indésirables non sévères, qualité de vie, consultations médicales, visites aux urgences, chutes, nombre de médicaments
- critères d'exclusion
  - essais non RCTs (ex. études observationnelles, études qualitatives, quasi-expérimentales)
  - essais portant uniquement sur des prescriptions d'antibiotiques (considérées comme un domaine distinct)
  - essais incluant seulement des patients hospitalisés
  - essais ne rapportant aucun des critères de jugement d'intérêt
  - articles en langue non admissible (rares cas signalés)
- au total, la revue systématique a inclus 118 essais randomisés contrôlés, portant principalement sur des interventions explicites (N = 50 (42%)) ou implicites (N = 68 (58%)) visant à réduire les prescriptions potentiellement inappropriées, menées en soins primaires ou en institutions, avec des suivis allant de 1,5 mois à 24 mois (majorité 6–12 mois (68%), impliquant fréquemment des pharmaciens (51%) ou des outils numériques d'aide à la décision (27%).

Population étudiée

- adultes ≥ 65 ans
- vivant en communauté ou en établissements de soins de longue durée
- exclusion : patients hospitalisés en soins aigus, populations < 65 ans
- au total, 417 412 patients ≥ 65 ans (dont 212 090 dans les groupes intervention et 205 322 dans les groupes contrôle) ont été inclus ; 93 études (79%) incluaient des patients ambulatoires, pris en charge en médecine générale et 25 études (21%) incluaient des personnes en établissement de soins de longue durée ; les populations étaient majoritairement multimorbides et polymédiquées ; la revue ne fournit pas de synthèse consolidée des origines géographiques ; le nombre moyen de médicaments pris était de 9,9 (ET 3,3).

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires :
  - mortalité toutes causes
  - hospitalisations
  - évènements indésirables non graves liés aux médicaments
- critères de jugement secondaires :
  - qualité de vie
  - visites aux urgences
  - visites médicales ambulatoires
  - chutes avec blessure
  - nombre total de médicaments prescrits
- méthodes statistiques : les analyses statistiques ont utilisé des modèles à effets aléatoires basés sur l'**inverse de la variance** pour les méta-analyses, exprimant les résultats en ratios de risque ou en différences moyennes standardisées, avec ajustement des essais en clusters,

évaluation de l'hétérogénéité par l'indice I^2 et recherche d'un biais de publication via funnel plots et test d'Egger.

Résultats

- critères de jugement primaires : les interventions n'ont pas de bénéfices statistiquement significatifs sur la mortalité, les hospitalisations ou les effets indésirables non graves ; ils apparaissent sûrs sans signal de préjudices ; une réduction statistiquement significative est mise en évidence dans le sous-groupe interventions "explicites" : RR de 0,88 avec IC à 95% de 0,80 à 0,97

Tableau 1. Résultats de critères primaires.

Résultats primaires	**Effet (IC à 95%)**	**Conclusion**	**Niveau de preuve**
Mortalité toutes causes	RR de 0,94 de 0,85 à 1,04	Pas de différence significative	Modéré
Hospitalisations	RR de 0,95 de 0,89 à 1,02	Tendance à la baisse, non significatif	Faible
Évènements indésirables non graves liés aux médicaments	RR de 0,92 de 0,58 à 1,46	Pas de différence significative	Très faible

- critères de jugement secondaires : une diminution statistiquement significative du nombre de médicament (+/- 0,5 médicament en moins) mais les interventions n'ont pas d'impact démontré sur les autres issues cliniques ou fonctionnelles à court ou moyen terme

Tableau 2. Résultats de critères secondaires.

Résultats secondaires	**Effet (IC à 95%)**	**Conclusion**	**Niveau de preuve**
Nombre total de médicaments	DMS de -0,25 de -0,38 à -0,13	Réduction significative	Élevé
Qualité de vie	DMS de 0,09 de -0,04 à 0,23	Pas de différence	Faible
Chutes avec blessure	DMS de 0,01 de -0,12 à 0,14	Pas de différence	Faible
Visites médicales ambulatoires	DMS de 0,02 de -0,02 à 0,07	Pas de différence	Faible
Visites aux urgences	RR de 1,02 de 0,96 à 1,08	Pas de différence	Faible

Conclusion des auteurs

Dans cette revue systématique et méta-analyse, les interventions visant à aborder la prescription potentiellement inappropriée étaient associées à des réductions du nombre de médicaments prescrits, sans changement substantiel dans les autres résultats. Ces résultats suggèrent que des interventions contre les prescriptions inappropriées pourraient être mises en œuvre pour réduire en toute sécurité le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées en soins primaires. Les études futures devraient continuer d'évaluer ces interventions à l'aide de critères standardisés et signaler systématiquement les effets indésirables potentiels afin de faciliter la synthèse des données et de

prendre en compte des critères d'évaluation clés tels que la qualité de vie, les hospitalisations et la mortalité.

Financement de l'étude
Étude financée par Santé Canada ; le financeur n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, l'interprétation des résultats, la rédaction du manuscrit ni dans la décision de publication.

Conflits d'intérêts des auteurs
Un des auteurs a reçu le soutien de recherche du Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network ; un autre auteur a reçu le soutien salarial du Fonds de Recherche du Québec–Santé ; d'autres auteurs ont reçu une bourse salariale Santé Junior 2 (FRQ) ou des subventions des IRSC ou de Santé Canada ; plusieurs auteurs sont détenteurs des droits d'auteur du logiciel de déprescription MedSafer ; enfin, certains autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
La méthodologie appliquée dans cette revue systématique et méta-analyse présente plusieurs points forts qui soutiennent la validité interne des résultats. La recherche documentaire a été menée de manière exhaustive dans trois bases majeures (MEDLINE, Embase et CENTRAL), en combinant vocabulaire contrôlé et termes de texte libre. Cette stratégie augmente la sensibilité et la précision de la recherche. La sélection des études ainsi que l'extraction des données ont été réalisées en double, avec résolution des désaccords par un troisième évaluateur, ce qui limite le risque d'erreurs ou de biais de sélection. Le risque de biais des études incluses a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane RoB2 (64% sont à faible risque de biais), tandis que la certitude des preuves a été jugée selon la méthode GRADE, renforçant la transparence et la robustesse des conclusions. Les analyses statistiques sont appropriées, avec l'utilisation d'un modèle à effets aléatoires par variance inverse, de l'ajustement des essais en grappes et de l'examen de l'hétérogénéité et du biais de publication.
Certaines limites méthodologiques doivent cependant être prises en compte. Les auteurs mentionnent avoir utilisé un outil d'extraction des données, mais celui-ci n'est pas décrit ni fourni, ce qui limite la reproductibilité et la compréhension de la manière dont les variables ont été codées ou harmonisées. Par ailleurs, les critères utilisés pour déterminer si des études pouvaient être regroupées dans une méta-analyse ne sont pas explicités en détail, laissant une part de subjectivité dans la constitution de ces regroupements. La population incluse est hétérogène, combinant des personnes âgées vivant dans la communauté et des résidents d'institutions de soins de longue durée, contextes où la fréquence du suivi médical et les conditions de prise en charge diffèrent substantiellement. Cette diversité peut diluer les effets réels des interventions, notamment pour les critères cliniques. Enfin, la définition et la mesure de certains résultats, comme les évènements indésirables non graves ou la qualité de vie, varient entre les essais, rendant l'interprétation plus complexe. L'article ne détaille pas une recherche dédiée d'essais en cours dans des registres, ce qui pourrait laisser subsister un biais de publication.

Évaluation des résultats
La population incluse regroupe des personnes âgées vivant en communauté ou en institutions, ce qui reflète la pratique mais introduit une hétérogénéité importante. En conséquence, l'extrapolation à des sous-groupes spécifiques (patients très fragiles, soins palliatifs, hospitalisation aiguë) est hasardeuse.
Les interventions de déprescription étaient variées (revue médicamenteuse, interventions pharmaceutiques, outils explicites/implicites) et globalement transposables à notre contexte, bien que leur mise en œuvre puisse dépendre des ressources locales (temps, équipe pluridisciplinaire, soutien informatisé). Le comparateur « soins habituels » est approprié. Les critères de jugement primaires (mortalité, hospitalisations, évènements indésirables) et secondaires (qualité de vie, chutes, visites médicales, nombre de médicaments) sont pertinents pour les patients. Les résultats montrent une réduction du nombre de médicaments sans amélioration démontrée des critères cliniques « durs », mais

sans effet défavorable détecté. Comparée à des travaux antérieurs, notamment la revue parapluie de Veronese et al. (7), qui observait une réduction de la mortalité en fin de vie, cette revue apporte des données complémentaires dans une population plus stable où l'effet clinique semble limité. Le rapport bénéfice-risque apparaît favorable : la déprescription réduit la charge médicamenteuse sans augmenter les risques, mais son bénéfice clinique reste à démontrer. Cependant, les auteurs précisent que les effets "pourraient être différents selon les populations et contextes", et que les résultats ne sont pas généralisables à toutes les circonstances.

Que disent les guides de pratique clinique ?

À ce jour, il n'existe pas de « guide clinique national de déprescription » officiellement émis par le KCE ou une autre autorité belge. Autrement dit, aucune recommandation nationale structurée et standardisée n'existe spécifiquement pour guider les professionnels dans la déprescription (arrêt planifié, graduel et sécurisé de médicaments potentiellement inappropriés) chez les personnes âgées. Le CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) publie un outil reconnu (8) : le Formulaire de soins aux personnes âgées (Formulaire 80+). Ce document n'est pas une « guideline de déprescription », mais plutôt un guide de prescription rationnelle visant à éviter ou limiter les médicaments potentiellement inappropriés (MPIs) chez les très âgés (≥ 80 ans).

Il donne des recommandations concrètes sur :

- les médicaments à privilégier ou à éviter selon les classes thérapeutiques,
- les ajustements de dose en fonction de la fonction rénale ou hépatique,
- et les alternatives plus sûres pour les pathologies fréquentes chez les aînés.

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique avec méta-analyse, de bonne qualité méthodologique, montre que réduire la prescription de médicaments potentiellement inappropriés à l'aide d'interventions explicites ou implicites chez les personnes âgées diminue effectivement le nombre de médicaments pris, mais sans impact démontré sur les résultats de santé, ni en faveur d'un bénéfice (moins d'hospitalisations, moins de mortalité, moins de chutes, meilleure qualité de vie) ni en défaveur (augmentation d'évènements indésirables). La déprescription apparaît donc comme une intervention sûre, mais dont le bénéfice clinique reste incertain.

Références

1. Muhlack DC, Hoppe LK, Weberpals J, et al. The association of potentially inappropriate medication at older age with cardiovascular events and overall mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. J Am Med Dir Assoc 2017;18:211-20. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.11.025
2. Morgan SG, Hunt J, Rioux J, et al. Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. CMAJ Open 2016;4:E346-51. DOI: 10.9778/cmajo.20150131
3. Chen CC, Cheng SH. Potentially inappropriate medication and health care outcomes: an instrumental variable approach. Health Serv Res 2016;51:1670-91. DOI: 10.1111/1475-6773.12417
4. Mukhtar O, Weinman J, Jackson SH. Intentional non-adherence to medications by older adults. Drugs Aging 2014;31:149-57. DOI: 10.1007/s40266-014-0153-9
5. Chevalier P. La faisabilité et les effets sur la santé d'une déprescription. MinervaF 2017;16(3):65-8. Analyse de Page AT, Clifford RM, Potter K, et al. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2016;82:583-623. DOI: 10.1111/bcp.12975
6. Persaud N, Workentin A, Rizvi A, et al. Interventions to address potentially inappropriate prescribing for older primary care patients: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2025;8:e2517965. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.17965
7. Veronese N, Gallo U, Boccardi V, et al. Efficacy of deprescribing on health outcomes: An umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials. Ageing Res Rev 2024;95:102237. DOI: 10.1016/j.arr.2024.102237
8. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Formulaire de soins aux personnes âgées (Formulaire 80+). CBIP 2025. Disponible sur : https://www.cbip.be/fr/olderadultsmeds