

# Formul R info

## Geneesmiddelenbrief

Editeur: vzw Farmaka asbl  
Année 18 • n° 1 • février 2011

Bureau de dépôt Gent X  
P 408505  
paraît 4 x par an (février, mai, septembre, novembre)

## Choix du traitement médicamenteux dans le cadre de la planification anticipée des soins (Advance Care Planning) en maison de repos et de soins

### Introduction

La plupart des personnes en fin de vie sont en mesure de prendre elles-mêmes des décisions quant à leurs soins et leurs traitements ou du moins, de participer au processus décisionnel<sup>1</sup>. Or, ceci n'est pas toujours le cas. Le concept d'Advance Care Planning (ACP) ou planification anticipée des soins a précisément été développé afin de prendre en compte les souhaits éventuels de ces personnes.

*L'ACP implique une concertation volontaire et continue entre les dispensateurs de soins (indépendamment de leur discipline), les patients et leurs proches/représentants en vue de définir une orientation commune des soins et des traitements que l'on désire (ou non) voir mettre en œuvre, et ce en prévision d'une situation où le patient se trouverait dans l'incapacité de prendre lui-même des décisions<sup>1</sup>.*

La différence entre l'ACP et la planification des soins en général réside dans le fait que l'on a le plus souvent recours à l'ACP dans le cadre d'une détérioration attendue de l'état général associée à une perte prévisible des capacités à prendre des décisions et/ou de la possibilité de communiquer avec autrui. En accord avec la personne concernée, les discussions à ce sujet sont consignées, régulièrement revues et communiquées aux différents acteurs des soins et éventuellement à la famille ou aux amis. Avant toute chose, le patient doit être clairement informé de sa maladie et du pronostic associé. On pourra ensuite aborder, en concertation avec la personne concernée, ses préoccupations et souhaits en général, ses valeurs et ses attentes en matière de soins ainsi que ses préférences pour les soins et/ou traitements ultérieurs éventuels et la disponibilité/faisabilité de ceux-ci<sup>2</sup>.

Les principes fondamentaux et les caractéristiques de la planification anticipée des soins sont les suivants<sup>1,2</sup>:

- *Procédure volontaire*: Ceci implique qu'aucun patient ne doit se sentir obligé d'entrer dans un programme d'ACP. Aucune pression ne peut s'exercer sur lui (p.ex. souhaits particuliers de la famille, organisation des soins). Tant le patient que le dispensateur de soins peuvent prendre l'initiative d'aborder le sujet de l'ACP.
- *Autonomie individuelle*: Les souhaits du patient occupent une place centrale, l'ACP est une expression de la vision sociétale actuelle du respect de l'autonomie individuelle et de l'autodétermination du patient.
- *Continuité du processus*: La procédure complète demande du temps, c'est-à-dire qu'il faudra parfois diverses discussions pour aboutir à des conclusions. Les accords conclus doivent être régulièrement mis à l'épreuve et peuvent à tout moment être modifiés ou révoqués.
- *Attentes réalistes*: Tous les dispensateurs de soins doivent être ouverts à la discussion pour autant qu'ils disposent de connaissances suffisantes quant aux possibilités réelles que l'on peut encore offrir au patient en termes de traitement ou de soutien en général. Il faut veiller à ne pas créer des attentes utopiques.
- *Accompagnement par des personnes compétentes*: De bonnes aptitudes à la communication sont exigées pour aborder et discuter de l'ACP. Lorsque les dispensateurs de soins atteignent leurs limites dans la gestion d'une problématique, ils doivent s'en référer à d'autres personnes plus compétentes.
- *Confidentialité*: La confidentialité est une condition absolue lors des entretiens à ce sujet. Les membres de la famille ou les personnes de confiance ne sont impliqués dans les discussions ou avertis des décisions qu'avec l'accord du patient.
- *Caractère contraignant*: En principe, les accords conclus dans le cadre de l'ACP ont un caractère contraignant. Les dispensateurs de soins sont tenus dans la mesure du possible de respecter ceux-ci (voir plus loin).

Dans l'ACP, on peut distinguer l'« Advance Statement » et l'« Advance Decision »<sup>3</sup>:

Par **'Advance Statement'**, on entend l'expression de ce que le patient estime souhaitable, ses préférences et sa planification de l'avenir. En d'autres termes: ce que le patient désire voir arriver dans son cas. Ce processus décisionnel peut aider le patient à mieux gérer sa situation ('coping') et à élaborer des projets d'avenir réalistes. On parle également de 'déclaration écrite de volonté anticipée positive'. [En Belgique, il n'existe actuellement aucun cadre légal pour la déclaration écrite de volonté positive (sauf pour l'euthanasie). Les souhaits exprimés par le patient ou son représentant n'ont donc pas de caractère contraignant. On attend cependant des dispensateurs de soins qu'ils en tiennent compte 'au maximum'. C'est aussi l'avis de l'Ordre des médecins.]

En cas d'« **Advance Decision** », on enregistre ce que le patient *ne désire pas* voir arriver. Cette démarche est également appelée 'déclaration de volonté anticipée négative' (ou testament de vie). [La déclaration de volonté négative est légalement contraignante, contrairement à la déclaration de volonté positive<sup>4</sup>.]

Certaines interventions invasives, comme une hospitalisation ou une réanimation, ... sont souvent sujettes à discussions lorsque l'on aborde la planification anticipée des soins. Dans le cadre de l'ACP, il peut également y avoir des concertations avec le patient à propos de la poursuite ou non de certains traitements médicamenteux. En effet, la prise de médicaments peut également avoir une influence négative sur la qualité de vie des patients (problèmes de déglutition, effets indésirables, ...). On peut alors décider de diminuer progressivement, d'administrer de façon intermittente, ou d'arrêter complètement certains médicaments ou simplement d'envisager cette option dans le futur. L'information correcte du patient lui permettra de participer à ces décisions.

L'entrée en maison de repos et de soins peut être un moment opportun pour aborder la discussion relative à l'utilisation future de médicaments, si l'occasion ne s'est pas encore présentée auparavant. En principe, il s'agit ici de personnes présentant un degré plus ou moins important de dépendance aux soins et dont on peut attendre un séjour définitif en MRS. En fonction du degré de dépendance aux soins (de catégorie 0 à C), la durée moyenne de séjour d'un résident en institution de soins varie de 6,4 ans (pour les moins dépendants) à 2,7 ans (pour les plus dépendants)<sup>5</sup>. Ces chiffres correspondent donc plus ou moins à l'espérance de vie au moment de la prise en charge en MRS. La décision d'arrêter ou de diminuer progressivement certains traitements peut également reposer en partie sur l'espérance de vie.

Ce Formul R/ info se penche sur l'intérêt de diminuer progressivement ou d'arrêter certains traitements médicamenteux dans ce contexte particulier.

## Usage de médicaments à un âge avancé

Des personnes de tout âge utilisent de nombreux médicaments à titre préventif. Les recommandations de bonne pratique peuvent nous aider à évaluer les avantages et les inconvénients de tels traitements préventifs. Ces recommandations se basent le plus possible sur des preuves, provenant souvent d'études chez des personnes plus jeunes et moins fragilisées que la population moyenne des maisons de repos. Le gain en termes de critères forts dans ces études est souvent minime ou n'apparaît clairement qu'après une période de temps dépassant l'espérance de vie de notre groupe cible. Peu d'éléments nous permettent de savoir si ces effets thérapeutiques limités peuvent être attendus dans une population âgée et fragilisée. Il semble évident qu'il serait inutile, voire nocif, de prescrire des médicaments dont l'effet ne devient évident qu'après l'espérance de vie présumée de la personne.

Dans ce contexte, la notion « d'épidémiologie inverse » a également son intérêt<sup>12</sup>; celle-ci signifie qu'il vaut mieux interpréter avec souplesse les valeurs limites établies (comme p.ex. pour la tension artérielle, le contrôle glycémique, le cholestérol ou le poids corporel) chez les personnes âgées. Plusieurs études ont, en effet, démontré qu'un contrôle strict de ces paramètres dans ce groupe cible n'est pas nécessairement associé à une morbidité ou à une mortalité plus faible mais conduit parfois au contraire à une augmentation du taux de mortalité.

Outre la discussion sur la réelle utilité de certains médicaments préventifs dans une population âgée et fragilisée, la durée de ces traitements doit également être évaluée. Les directives mentionnent souvent la durée d'utilisation recommandée de divers médicaments « à usage chronique »; par exemple, les diphosphonates, antidépresseurs, inhibiteurs de la cholinestérase, benzodiazépines et autres hypnotiques. Malgré ces recommandations fondées, il est étonnant de constater que ces substances sont presque toujours poursuivies 'ad vitam' et rarement interrompues.

On peut donc se demander s'il est judicieux de suivre les recommandations de pratique relatives à l'administration de médicaments à titre préventif dans une population (très) âgée et/ou fragilisée. Suivre à la lettre toutes ces recommandations chez des personnes âgées présentant une comorbidité importante peut effectivement entraîner un effet opposé à celui attendu<sup>6</sup>. Ceci peut par ailleurs favoriser le risque de polymédication. Il a été démontré que la polymédication chez les personnes âgées est associée à une morbidité et à une mortalité accrues<sup>7</sup> et pourtant, elle reste un phénomène fréquent dans la population âgée institutionnalisée<sup>8</sup> et ce jusqu'à la dernière phase de vie<sup>9</sup>. L'utilisation de médicaments superflus (c.-à-d. des substances

pour lesquelles il n'existe pas (plus) d'indication évidente ou qui ont une utilité douteuse) chez les personnes âgées est une réalité<sup>13,14</sup>. Par ex., nombre de patients âgés quittent l'hôpital avec (beaucoup) plus de médicaments qu'à leur admission<sup>15</sup> et une grande partie de ces médicaments continuent à être utilisés sans remise en question de leur nécessité; par exemple les IPP, les psychotropes (benzodiazépines en particulier) et les vitamines ou autres compléments<sup>16</sup>.

Lors de l'évaluation de l'utilité de ces traitements préventifs, il est indiqué de prendre en compte les souhaits et préférences de chaque patient<sup>10</sup> et de discuter avec lui des avantages limités de l'ajout ou de la poursuite de ces médicaments<sup>11</sup>. Une estimation de l'espérance de vie encore attendue, sur base de différents paramètres, peut être un outil qui contribue à un comportement prescripteur adapté<sup>9</sup>. Derrière les notions de 'traitement médicamenteux' et de 'prescription', devrait également se cacher l'option de 'non-prescription'<sup>20</sup>.

## L'arrêt ou le sevrage des médicaments

L'initiation d'un traitement médicamenteux se fait toujours dans un but thérapeutique précis, tant à long terme (p.ex. effet hypocholestérolémiant) qu'à court terme (p.ex. analgésie). Dans ce dernier cas, les résultats de l'arrêt du traitement peuvent être rapidement évalués, surtout s'il s'agit d'un traitement purement symptomatique. Ceci n'est pas le cas des traitements chroniques, surtout lorsqu'ils possèdent un caractère préventif.

Quelques études se sont penchées sur les effets de l'arrêt d'un traitement chez des personnes de plus de 65 ans. Ces études ont été en grande partie rassemblées dans une revue systématique de la littérature<sup>21</sup>. Au total, 8972 patients ont été inclus, dont 7188 provenaient d'essais ouverts, 1145 d'études randomisées, en partie contrôlées par placebo et 639 d'études de méthodologie mixte. Ces études concernaient l'arrêt de diurétiques thiazidiques, de psychotropes (benzodiazépines, neuroleptiques, ISRS, carbamazépine), de différents antihypertenseurs, de la digoxine et des nitrates. Les limites méthodologiques de cette revue de la littérature rendent les conclusions douteuses. Dans les études examinant l'arrêt des thiazides, aucun symptôme de sevrage n'a été rapporté. Le plus souvent, il n'y avait aucune différence de tension artérielle entre le groupe contrôle et les 'sevrés'. Chez certaines personnes, les diurétiques ont dû être réinstaurés en raison d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque, de l'apparition d'œdèmes malléolaires ou de prises de poids. Dans les études sur l'arrêt des antihypertenseurs, 15 à 80% des participants ont repris leur traitement original, essentiellement à cause d'une augmentation progressive de la tension artérielle. Dans les études portant sur l'interruption des psychotropes, on a pu constater une réduction du nombre de chutes, en plus d'une amélioration des activités de la vie quotidienne et des capacités cognitives et psychomotrices. Chez les participants initialement sous benzodiazépines pour des problèmes de sommeil, aucune différence n'a été observée en termes de qualité du sommeil quelques temps après l'arrêt (progressif) du traitement. L'arrêt de la digoxine était associé à une réduction des nausées ou des vomissements. Cependant, le traitement avec la digoxine a dû être réinstauré chez environ la moitié des patients (pour cause de fibrillation auriculaire rapide).

Les effets indésirables liés à un traitement médicamenteux sont un phénomène fréquent chez les résidents de maison de repos. Des chiffres de 1,19 à 7,26 par 100 résidents-mois sont cités<sup>17</sup>. Une étude rétrospective limitée<sup>18</sup> a également rapporté les effets indésirables pouvant survenir après l'arrêt de certains traitements mais ces effets sont apparus peu sévères et ne vont pas à l'encontre d'une diminution des traitements médicamenteux. Ils pourraient être interprétés comme un 'risque acceptable'. Une étude rétrospective (limitée) confirme cette théorie. Les auteurs insistent cependant sur le fait que l'arrêt d'un traitement exige une plus grande vigilance vis-à-vis de la réapparition éventuelle des plaintes ou de l'affection<sup>19</sup>. L'arrêt brutal de certains traitements peut donner lieu à des manifestations inattendues comme dans le cas des bêtabloquants, des antidépresseurs et des antiparkinsoniens. Ces résultats, qui doivent cependant être interprétés avec prudence, montrent qu'il vaut la peine d'arrêter certains médicaments.. En voici quelques exemples.

L'utilisation de *statines* est considérable, même dans la population âgée. L'hypothèse selon laquelle l'hypercholestérolémie constitue également un facteur de risque d'affections cardiovasculaires dans la population âgée, est extrapolée d'études consacrées à une population plus jeune. Les valeurs optimales du cholestérol total ou du LDL chez les personnes très âgées ne sont pas connues. Si l'on se base uniquement sur des données épidémiologiques observationnelles, force est de constater qu'un faible taux de cholestérol n'est pas associé à une plus faible mortalité (chez les plus de 80 ans). Petersen et al. affirment, dans une revue de la littérature, que les données sont actuellement insuffisantes pour instaurer ou poursuivre un traitement par statine chez des personnes âgées de plus de 80 ans, même en cas d'affection cardiovasculaire existante, parce que cela n'influence pas favorablement le taux de mortalité total<sup>22</sup>. Cependant, l'étude de Petersen était assez faible d'un point de vue méthodologique, entre autres pour avoir réuni des résultats de RCT et d'études observationnelles. Une méta-analyse a toutefois montré un effet favorable de la *prévention secondaire* avec les statines chez des patients âgés de 65 à 82 ans en termes de morbidité et de mortalité cardiovasculaires et de mortalité totale<sup>23</sup>. Les auteurs ont obtenu un NNT de 46 sur 5 ans. On peut s'interroger sur leur influence sur la qualité de vie par rapport au bénéfice modeste en termes de morbidité ou de mortalité. Des voix critiques indiquent que l'utilisation de statines chez des personnes âgées sans antécédent de morbidité cardiovasculaire peut éventuellement être associée à un taux de mortalité accru<sup>24</sup>.

La durée optimale de traitement par *diphosphonates* n'est pas connue. Une étude chez des femmes ménopausées a toutefois montré qu'après avoir suivi un traitement de 5 ans, le risque de fracture n'augmente guère cinq ans après l'arrêt du traitement.

Seules les patientes présentant un risque très élevé de fractures vertébrales cliniques, notamment les patientes qui présentent une très faible densité osseuse ou des antécédents de fractures vertébrales, pourraient encore tirer profit d'un traitement prolongé<sup>25,26</sup>. Une étude antérieure a montré qu'après l'interruption d'un traitement par bisphosphonates, on observe bel et bien une diminution graduelle de l'effet du traitement, comme le montre la diminution de la densité osseuse et des marqueurs biochimiques du remodelage osseux, mais que ceci n'avait pas d'influence sur l'incidence de fracture<sup>27</sup>.

Il semble également que les *antihypertenseurs* peuvent être arrêtés sans élévation de la tension chez de nombreux patients. Des critères forts n'ont pas été décrits. Une revue systématique de la littérature fait mention de 42% des patients (âgés jusqu'à 81 ans) chez qui la tension n'a pas augmenté après l'arrêt du traitement. Ceci est particulièrement vrai chez des patients qui présentent une hypertension modérée traitée par monothérapie<sup>28</sup>. Ces chiffres ont été confirmés par une étude prospective ultérieure<sup>29</sup>. Les auteurs insistent cependant sur l'importance de continuer à contrôler les patients qui restent normotensifs après l'arrêt du traitement parce qu'une rechute ne peut être exclue. Après 1 an, 10% des patients reprennent leur traitement pour d'autres raisons (insuffisance cardiaque, œdèmes malléolaires). Plusieurs études observationnelles ont montré que des tensions inférieures à 140/90 mmHg chez des personnes âgées ont un effet néfaste sur le taux de mortalité<sup>30,31</sup>. Nous devrions probablement être moins stricts avec les valeurs limites de tension dans la population âgée.

L'utilité de l'*acide acétylsalicylique* à faible dose n'a été démontrée que dans le cadre de la prévention secondaire des affections cardiovasculaires. Cet avantage n'a pas été formellement démontré en prévention primaire, en cas d'hypertension, de diabète ou de pathologie artérielle périphérique<sup>32</sup>. Ceci implique qu'il faut reconsidérer l'indication d'instauration initiale de ce médicament.

L'utilisation de *laxatifs* est aussi particulièrement fréquente, même lorsque des mesures non médicamenteuses doivent être préférées. Il paraît donc intéressant d'essayer de les arrêter ou du moins de les diminuer ou de passer à un produit avec moins d'effets secondaires ou d'un prix inférieur. Nous n'avons pas retrouvé d'étude ayant évalué ces options.

Une fois le traitement par *inhibiteurs de la pompe à protons* instauré, il est souvent poursuivi. Si l'arrêt est envisagé, il est important de revoir l'indication initiale. En cas de reflux gastro-œsophagien, le risque de récurrence et de réapparition des plaintes est élevé. Ceci n'est pas le cas pour les dyspepsies fonctionnelles ou on peut envisager un arrêt du traitement ou un traitement 'à la demande'<sup>33</sup>.

Il a été démontré que seule une petite partie des patients Alzheimer tirent un bénéfice temporaire d'un traitement par *inhibiteurs de la cholinestérase*<sup>34</sup>. L'instauration de ces substances n'est donc pas une évidence et le rôle du spécialiste est non négligeable dans ce cas. Il doit pouvoir être possible, sur base d'arguments scientifiques valables, d'aboutir à un consensus quant à l' (la non-)instauration ou l'arrêt de ce traitement. Il vaut mieux discuter de ce sujet délicat avec la famille et/ou l'entourage proche.

L'utilisation de *neuroleptiques* pour traiter certains troubles comportementaux des personnes démentes n'est pas recommandée<sup>35</sup> mais est parfois inévitable (p.ex. en cas d'agression qui ne peut être gérée par des approches non médicamenteuses). On recommande alors toujours un traitement de courte durée (max. 3 mois) à la plus faible dose recommandée possible<sup>36</sup>. Par ailleurs, il a été démontré que l'arrêt des neuroleptiques chez les patients Alzheimer n'avait aucun effet négatif sur leur état fonctionnel ou cognitif<sup>37</sup>.

Une méta-analyse a montré que différentes classes de médicaments augmentent le risque de chutes<sup>38</sup>. Les *benzodiazépines*, les autres *sédatifs et hypnotiques* et les *dérivés des benzodiazépines*, les *antidépresseurs* et *antipsychotiques* augmentent ce risque de manière très nette.

Une étude randomisée en double aveugle<sup>39</sup> a évalué l'effet d'un sevrage progressif de psychotropes (principalement des benzodiazépines et autres hypnotiques) sur l'incidence des chutes. Dans le groupe interventionnel, la dose a été réduite de 20% toutes les 2 à 3 semaines, jusqu'à l'arrêt du traitement actif après 14 semaines (laissant uniquement le placebo), tandis que le groupe contrôle poursuivait son traitement initial. Les deux groupes ont reçu des gélules qui avaient la même apparence et le même goût. 65% des patients du groupe interventionnel, mais également 44% des patients du groupe contrôle, ont repris leur traitement 'initial', principalement parce qu'ils « ne pouvaient pas dormir ». Le risque relatif de chutes dans le groupe interventionnel était de 0,34 (IC à 95%: 0,16 à 0,74) par rapport au groupe contrôle. Étant donné la petite taille de la population (93 patients), cette étude peut être plutôt considérée comme une étude pilote.

Une étude comparable, de première ligne, a été effectuée chez des personnes âgées (âge moyen 78 ans)<sup>40</sup>. Celle-ci a évalué, chez des personnes présentant une anamnèse de chutes, l'effet de l'arrêt de médicaments, qui augmentent le risque de chute, au moyen du résultat du test d'inclinaison passive ('tilt-table test', qui évalue les risques d'hypotension orthostatique, d'hypersensibilité du sinus carotidien et de syncope vaso-vagale). Les auteurs affirment que des perturbations de l'homéostasie cardiovasculaire jouent un rôle important dans la genèse des chutes dans la population âgée. Parmi les médicaments qui augmentent le risque de chute, on comptait: les anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, antiarythmiques, nitrates et autres vasodilatateurs, digoxine, collyres contenant un bêtabloquant, analgésiques opioïdes, anticholinergiques, antihistaminiques, substances contre les vertiges et hypoglycémifiants. Si l'utilisation d'une ou plusieurs de ces

substances était jugée superflue, celle(s)-ci étai(en)t arrêtée(s) ou diminuée(s) progressivement sur une durée d'un mois. Cette approche s'est avérée possible chez la moitié des participants environ. Le risque d'hypotension orthostatique et d'hypersensibilité du sinus carotidien a diminué considérablement dans ce groupe.

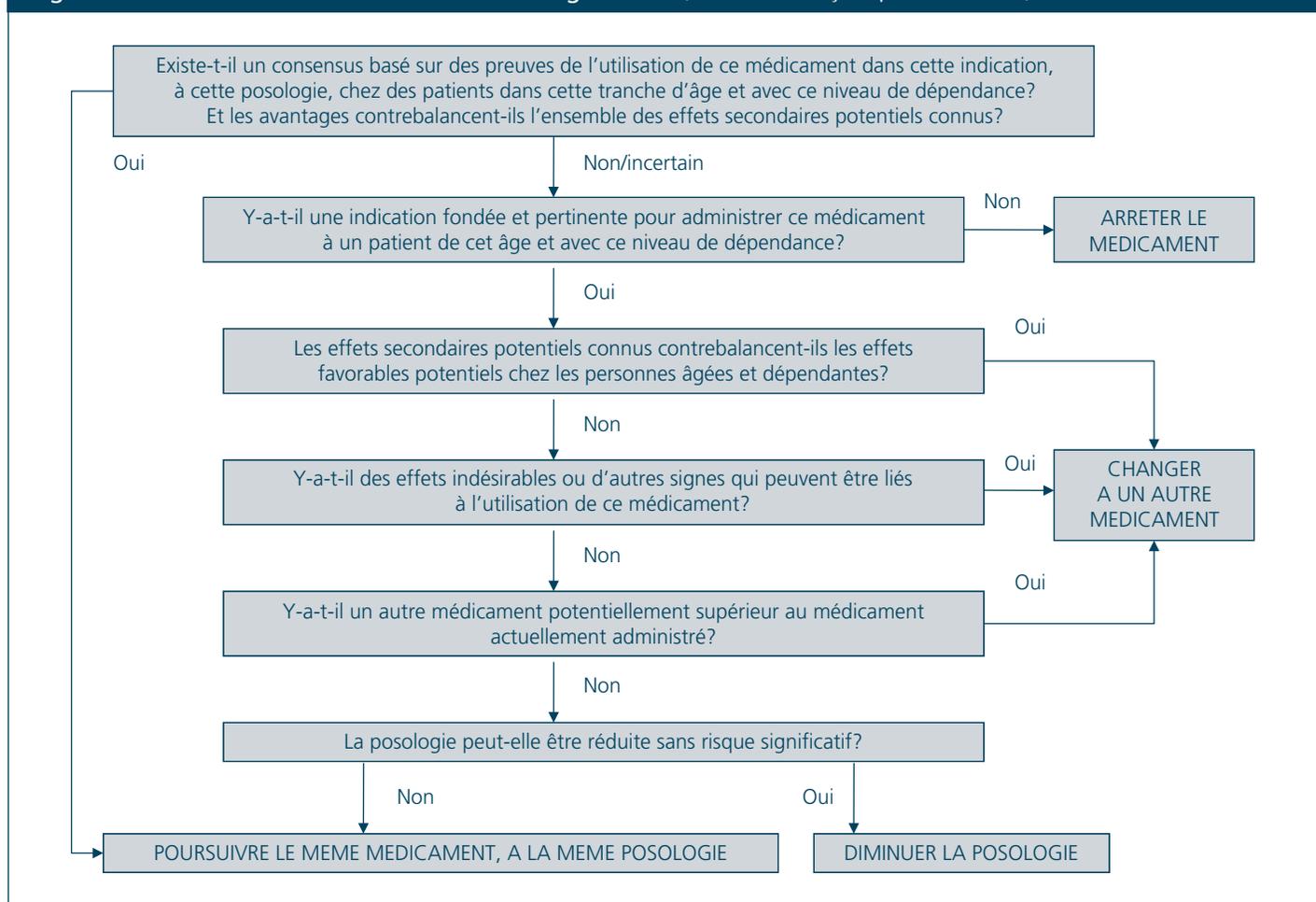
## Méthodes évaluant l'utilisation superflue des médicaments

Il existe des critères sur les « médicaments à éviter » chez les personnes âgées, décrits d'abord par Beers<sup>41</sup> et ensuite par Zhan<sup>42</sup>, pour évaluer la qualité de prescription<sup>13</sup>. Cependant, on doute de l'effet favorable de l'application de tels critères de qualité dans le cadre de la pharmacothérapie à long terme<sup>47</sup>. L'étude de Rask et col. a pu montrer que des médicaments couramment utilisés, et qui ne figurent pas sur la liste de Beers (warfarine, statines, antagonistes calciques...), étaient responsables de la plupart des effets indésirables d'origine médicamenteuse<sup>48</sup>. Cette publication ainsi que les suivantes<sup>43-45</sup>, menées dans une autre optique, mais en grande partie comparable, ne répondent pas aux exigences nécessaires au développement d'un 'algorithme d'arrêt'. Cet algorithme devrait permettre, pour chaque patient, de distinguer les médicaments les moins appropriés de ceux qui sont encore utiles<sup>13</sup>. Ces critères pourraient également jouer un rôle dans la prévention de la problématique aiguë liée à la consommation de médicaments<sup>46</sup>.

Une tentative de diminution des médicaments commence par l'élaboration d'une liste complète des médicaments utilisés, classés par catégorie, incluant également les préparations obtenues sans ordonnance, les produits phytothérapeutiques et les compléments alimentaires. Les interactions médicamenteuses et/ou alimentaires potentielles doivent être minutieusement examinées. Ensuite, l'indication et la durée d'utilisation de chaque substance doivent être examinées. (Ceci pourrait être moins évident qu'il n'y paraît car les médicaments sont souvent instaurés par des médecins différents). Les spécialistes ont généralement une influence importante sur les médecins généralistes qui sont donc moins enclins à modifier les traitements instaurés par ces spécialistes<sup>49</sup>.

L'utilisation d'un algorithme (The Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm, voir Fig.1), tel que celui proposé par Garfinkel et col.<sup>50</sup> peut être utile. Cet algorithme consiste en une série de questions auxquelles il faut répondre en cascade et qui doivent finalement permettre de décider de poursuivre ou non le traitement médicamenteux adéquat à la dose adéquate pour chaque patient.

Fig. 1: The Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm<sup>50</sup> (traduction française par la rédaction)



Les auteurs ont évalué la faisabilité de cette démarche en l'appliquant à un petit groupe de patients (70), âgés de 82,8 ans en moyenne et dont 57% étaient considérés comme 'fragiles'. La durée moyenne du suivi fut de 19 mois. L'application de cet algorithme a permis de formuler plusieurs suggestions aux médecins traitants quant à des changements possibles des traitements médicamenteux. Les médecins étaient libres d'y donner suite ou non. Les modifications proposées n'ont pas été suivies du tout chez 9% des patients. Toutes les suggestions ont été prises en compte chez 66% des participants et à l'exception d'un médicament chez 25%. 2% des médicaments arrêtés ont dû être repris en raison de la réapparition de symptômes ou de plaintes. 84% des antihypertenseurs ont pu être arrêtés. 75% des antihistaminiques H2 ont pu être arrêtés avec succès, ainsi que 90% des IPP. 97% des benzodiazépines ont été arrêtées<sup>50</sup>. L'auteur a montré que l'application de cet algorithme, peut aboutir non seulement à une utilisation plus restreinte des médicaments mais également à une diminution des taux de mortalité et d'hospitalisation, tout en permettant une économie financière<sup>51</sup>.

Il existe d'autres méthodes pour influencer le comportement prescripteur. On peut ainsi proposer *un feedback sur le comportement prescripteur individuel*. Le système belge actuel, où l'on met à disposition des praticiens leurs profils de prescription, n'est cependant pas applicable ici. Seul un système combinant les données individuelles des personnes à qui l'on a prescrit des médicaments spécifiques et des indications claires sur la manière de procéder avec de tels médicaments peut apporter des changements concrets du comportement prescripteur<sup>49,52</sup>.

*La révision de la politique du médicament par un pharmacologue clinicien* peut contribuer significativement à l'utilisation rationnelle des médicaments. Dans ce cadre, ce ne sont pas les indications qui sont évaluées mais les effets indésirables et interactions médicamenteuses potentiels, spécifiques à une population âgée et fragilisée. La problématique inhérente à la polymédication est alors envisagée mais également les médicaments utiles qui n'ont éventuellement pas été prescrits. À ce sujet, il importe de toujours prendre en considération les gains et pertes potentiels en matière de qualité de vie.

*La révision systématique du comportement prescripteur par un médecin de première ligne* peut également influencer la consommation de médicaments dans les maisons de repos: certains médicaments peuvent être supprimés, la posologie peut être réduite, des alternatives moins onéreuses peuvent être instaurées<sup>53</sup>. Cette tâche serait dévolue au MCC<sup>54</sup>. Il semble alors indispensable de se baser sur un formulaire pharmaceutique fondé sur des preuves fiables.

*Un système de prescription automatique* permettant un contrôle de qualité pourrait également contribuer de façon significative à la prescription rationnelle.

Un article de synthèse s'est intéressé aux différentes méthodes de contrôle de qualité susmentionnées. Aucune méthode n'a montré d'avantage significatif par rapport à une autre<sup>56</sup>. Nous estimons que les différents mécanismes de contrôle sont complémentaires.

## Références

1. Deliëns L, Van den Block L (coordination). La planification anticipée des soins: la concertation entre les dispensateurs de soins, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs proches.
2. [www.endoflifecareforadults.nhs.uk/publications/pubacpguide](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/publications/pubacpguide)
3. [www.goldstandardsframework.nhs.uk/OneStopCMS/Core/SearchResults.aspx](http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/OneStopCMS/Core/SearchResults.aspx)
4. <http://www.juriwel.be/smartsite.net?id=10062>
5. Van Camp – Van Rensbergen G, Prims H. Op zoek naar de residentieële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden. *Arch Public Health* 2004;62:291-314.
6. Boyd C, Darer J, Boulton C et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *JAMA* 2003;294:716-24.
7. Hajjar E, Cafiero A, Hanlon J. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:345-51.
8. Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust-en verzorgingstehuizen; 2006. KCE reports vol. 47A.
9. Holmes H. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. *Clin Pharmacol Ther* 2009;85:103-7.
10. Larson E. Evidence, guidelines, performance incentives, complexity, and old people: a clinician's dilemma (Editorial). *J Am Geriatr Soc* 2009;57:353-4.
11. De Meyere M, Christiaens T, Bogaert M. Maakt EBM polyfarmacie onvermijdelijk? (Editoriaal) *Minerva* 2005;4:103. Denneboom W, Dautzenberg M et al. Treatment reviews of older people on polypharmacy in primary care: cluster controlled trial comparing two approaches. *Br J Gen Pract* 2007;57:723-31.
12. Boland B, Chevalier P. Veranderen cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen? *Minerva* 2010;9:73.
13. Steinman M, Rosenthal G, Landefeld S et al. Agreement between drugs-to-avoid criteria and expert assessments of problematic prescribing. *Arch Intern Med* 2009;169:1326-32.
14. Rossi M, Young A, Maher R et al. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:317-23.
15. Corsonello A, Pedone C, Corica F et al. Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3:197-203.
16. Hajjar E, Hanlon J, Sloane R et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1518-23.
17. Handler S, Wright R, Ruby C et al. Epidemiology of medication-related adverse events in nursing homes. *Am J Geriatr Soc* 2006;4:264-72.
18. Gerety M, Cornell J, Plichta D et al. Adverse events related to drugs and drug withdrawal in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1326-32.
19. Graves T, Hanlon J, Schmader K et al. Adverse effects after discontinuing medications in elderly outpatients. *Arch Intern Med* 1997;157:2205-10.
20. Bain K, Holmes H, Beers M et al. Discontinuing medications: a novel approach for revising the prescribing stage of the medication-use process. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1946-52.
21. Iyer S, Naganathan V, McLachlan A et al. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. *Drugs Aging* 2008;25:1021-31.
22. Petersen L, Christensen K, Kragstrup J. Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds. *Age Ageing* 2010;39:674-80.
23. Afilalo J, Duque G, Steele R et al. Statins for secondary prevention in elderly patients. A hierarchical Bayesian meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:37-45.
24. Goldstein M, Masciatielli L, Pezzetta F. Statin therapy in the elderly: misconceptions (Letter). *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1365.
25. Black D, Schwartz A, Ensrud K et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment. The Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA* 2006;296:2927-38.
26. Anonymous. Continuing alendronate for an additional 5 years maintained bone mineral density in postmenopausal women. *EBM* 2007;12:70.
27. Bone H, Hosking D, Devogelaer J-P et al. Ten years' experience with alendronate for osteoporosis in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2004;350:1189-99.
28. Nelson M, Reid C, Krum H et al. A systematic review of predictors of maintenance of normotension after withdrawal of antihypertensive drugs. *Am J Hypertens* 2001;14:98-105.
29. Nelson M, Reid C, Krum H et al. Predictors of normotension on withdrawal of antihypertensive drugs in elderly patients: prospective study in second Australian national blood pressure study cohort. *BMJ* 2002;325:815 doi:10.1136/bmj.325.7368.815.
30. Oates D, Berlowitz D, Glickman M et al. Blood pressure and survival in the oldest old. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:383-8.
31. Molander L, Lövhelm H, Norman T et al. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1853-9.
32. Chevalier P. Aspirine mon atout? L'intérêt de l'aide acétylsalicylique en prévention cardiovasculaire. *Rev Méd Gén* 2010;275:288-95.
33. BCFI. Transparantiefiche. Aanpak van maagklachten. 2010. [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be)
34. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP et al. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005;331:321-7.

35. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacologic treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. A review of the evidence. *JAMA* 2005;293:596-608.
36. NVVA. Richtlijn probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008. [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl)
37. Ballard C, Lana M, Theodoulou M et al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial) *PLoS Med* 2008;5:e76.
38. Woolcott J, Richardson K, Wiens M et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009;16:1952-60.
39. Campbell A, Robertson M, Gardner M et al. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:850-3.
40. van der Velde N, van den Meiracker A, Pols H et al. Withdrawal of fall-risk-increasing drugs in older persons: effect on tilt-table test outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:734-9.
41. Beers M. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997;157:1531-6.
42. Zhan C, Sangl J, Bierman A et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly. Findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001;286:2823-9.
43. Barry P, Gallagher P et al. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) –an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing* 2007;36:632-8.
44. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing* 2008;37:673-9.
45. Rognstad S, Brekke M et al. The Norwegian general practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scand J Prim Health Care* 2009;27:153-9.
46. Budnitz D, Shehab N, Kegler S et al. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-65.
47. Jano E, Aparasu R. Healthcare outcomes associated with Beers' criteria: a systematic review. *Ann Pharmacother* 2007;41:438-48.
48. Rask K, Wells K et al. Can an algorithm for appropriate prescribing predict adverse drug events? *Am J Manag Care* 2005;11:145-51.
49. Woodward M. Deprescribing. Achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res* 2003;33:323-8.
50. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med* 2010;170:1648-34.
51. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against Polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J* 2007;9:430-34.
52. Milton J, Hill-Smith I, Jackson S. Prescribing for older people. *BMJ* 2008;336:606-9.
53. Khunti K, Kinsella B. Effect of systematic review of medication by general practitioner on drug consumption among nursing-home residents. *Age Ageing* 2009;29:451-3.
54. Verhofstadt K. De coördinerend en raadgevend arts (CRA) en het geneesmiddelengebruik in het rust- en verzorgingstehuis (RVT) *Tijdschr voor Geneesk* 2010;66:312-4.
55. Bergman Å, Olsson J, Carlsten A et al. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. A computerized pharmacy register analysis? *Scand J Prim Health Care* 2007;25:9-14.
56. Steinman M, Hanlon J. Managing medications in clinically complex elders. *JAMA* 2010;304:1592-601.

**Rédacteur en chef:** J.P. Sturtewagen

**Responsable d'édition:** J. Vandenhoven

**Rédaction:** P. Chevalier, T. Christiaens, A. Courtens, J. Lannoy, I. Leunckens, W. Staessen, I. Tigra, M.A. Van Bogaert, J. Van Elsen, C. Veys.

**Collaborateurs** J. Baguet, D. Boudry, T. Gilliet, S. Vanderdonck

**Adresse de contact concernant le contenu du Formul R info:** [redact@formularium.be](mailto:redact@formularium.be); fax 09/265 76 49

**Adresse de contact pour les abonnements, changement d'adresses:** Kleindokkaai 3-5, 9000 Gent; tel 09/265 76 40; fax 09/265 76 49; e-mail: [secret@formularium.be](mailto:secret@formularium.be)

**Editeur responsable:** K. Verhofstadt, Bonsgrachtstraat 1, 9070 Destelbergen

**Site web:** [www.formularium.be](http://www.formularium.be)

Le Formul R info est réalisé avec le soutien financier de l'INAMI qui respecte l'indépendance de la rédaction.

