

LA POLYMÉDICATION CHEZ LES AÎNÉS

La polymédication – la prise de cinq médicaments ou plus par jour – est une réalité fréquente chez les aînés. Selon l’Inami, elle est présente chez un patient sur trois âgé de 75 ans ou plus¹. En institution, cette proportion est plus élevée encore : les résidents en prennent neuf en moyenne², sans compter les prises parfois multiples pour un même médicament. Quelles en sont causes, les conséquences et la prise en charge ?

Ariane Mouzon, pharmacien hospitalier clinicien, CHU UCL Namur, **Benoit Boland**, gériatre, Cliniques universitaires Saint-Luc et UCLouvain, et **Fanny Vaillant**, pharmacien hospitalier clinicien, Cliniques universitaires Saint-Luc et UCLouvain.

Les facteurs de risque de la polymédication d’une personne âgée sont liés à la diversité de ses pathologies chroniques et de ses médecins prescripteurs, à la présence de cascades médicamenteuses et à l’absence de révision médicamenteuse.

Une cascade médicamenteuse se définit par la prescription d’un médicament pour traiter l’effet secondaire d’un autre. Par exemple, le loperamide (Imodium®) prescrit pour traiter des diarrhées induites par le magnésium lui-même prescrit pour soulager des crampes musculaires induites par la prise d’une statine. La révision médicamenteuse se définit par l’évaluation régulière de tous les traitements médicamenteux d’une personne³. L’absence de révision médicamenteuse est un facteur essentiel expliquant la polymédication de nos aînés. Si régulièrement le médecin en consultation ajoute un nouveau médicament, trop rarement un médicament sera arrêté. Il est effectivement très probable que, parmi la liste de médicaments, certains soient devenus inutiles avec le temps, voire potentiellement plus dangereux que bénéfiques. Dans ce contexte, la définition de la polymédication peut être affinée en la qualifiant d’appropriée ou de problématique⁴.

Des conséquences multiples

Les conséquences potentielles redoutées d’une polymédication sont multiples. Il s’agit principalement d’une augmentation des effets indésirables iatrogènes⁵, de médicaments dits « inappro-

priés »^{2,6}, d’interactions médicamenteuses⁷ et de non-adhésion médicamenteuse⁸.

- Les effets indésirables iatrogènes se définissent par l’ensemble des effets néfastes provoqués par un traitement médicamenteux, si le traitement déclenche de nouveaux symptômes, distincts de ceux qu’il est censé soigner (saignement sur anticoagulant par exemple). Les personnes âgées sont les plus touchées par ces événements iatrogènes. Cela s’explique par leur polymédication, leur polymorbidité, l’altération de leurs fonctions physiologiques (insuffisance rénale ou hépatique), leur défaillance dans la capacité à préserver l’homéostasie, mais aussi par la diminution de leurs capacités mnésiques augmentant le risque d’erreur dans les prises de médicament.
- Un médicament « inapproprié » est un médicament dont le choix, la dose, la durée ou bien encore la modalité d’administration présente plus de risques que de bénéfices pour le patient. Exemples : le choix du piroxicam comme anti-inflammatoire, le prazepam comme benzodiazépine ou le glibenclamide comme antidiabétique sont inappropriés pour le patient âgé vu leur longue durée d’action. Concernant les doses, la ranitidine à dose élevée (300 mg/jour) augmente le risque de confusion, ou encore un anticoagulant prescrit à dose trop faible ne protégera pas d’une thrombose tout en induisant un risque accru de

1. Inami, symposium « Polymédication dans le cadre d’une utilisation rationnelle des médicaments chez la personne âgée », 2015.
2. P. Anrys et al., *J Am Med Direct Assoc* n°19, 2018.
3. Farmaka, *Formul R info* n°4, novembre 2011.
4. M. Duerden et al., *Polypharmacy and medicines optimization*, The King’s Fund, 2013.
5. A. Calderon-Larranaga et al., *Br J Gen Pract* n°62, 2012.
6. M. Loganathan Fahrni et al., 2019, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219898>.
7. J. Doan et al., *Ann Pharmacother* n°47, 2013.
8. S.E. Bedell et al., *Arch Intern Med* n°160, 2000.

saignement. Concernant la durée, la poursuite au long cours d'un inhibiteur de la pompe à proton (IPP) ou d'un neuroleptique est inutile dans beaucoup de cas, voire nocive. Au niveau modalités de prise, le comptage des gouttes est souvent un risque d'erreur (vision floue), ou l'écrasement des comprimés chez les patients ayant des difficultés à déglutir peut s'avérer délétère pour un grand nombre de médicaments. Cela ne veut pas forcément dire que le médicament doit être retiré du traitement du patient, mais que la dose, la forme ou la molécule devrait être changée.

- Les interactions entre médicaments sont d'autant plus fréquentes que le nombre de ces médicaments est élevé. Chez la personne âgée, il faut être particulièrement vigilant aux médicaments avec propriétés anticholinergiques (antidépresseurs tricycliques ou médicaments de l'incontinence urinaire par exemple), avec propriétés sédatives (par exemple la chlorazone de certaines préparations antidouleurs) ou à risque de saignement (ginkgo biloba, par exemple).
- La non-adhésion aux médicaments, fortement sous-estimée, concerne au moins un patient sur deux⁹. Elle peut être intentionnelle (peur d'un effet secondaire, coût...) ou non intentionnelle (complexité du traitement). La personne âgée présente des risques supplémentaires étant donné une communication plus compliquée (problèmes d'audition, de vision...), une réduction des fonctions cognitives (mémoire...) ou des problèmes de dextérité (ouverture des blisters, coupage des comprimés...) ⁹.

Ces points augmentent le risque d'effets indésirables des médicaments. Les conséquences de certains d'entre eux peuvent faire émerger ou aggraver de grands syndromes gériatriques tels que l'altération des fonctions cognitives, les chutes (parfois suivies de fractures), l'incontinence urinaire, les troubles digestifs (pouvant mener à une dénutrition), mais aussi une perte d'autonomie fonctionnelle et par conséquent une altération de la qualité de vie. La polymédication est une cause trop fréquente d'admission à l'hôpital. On a montré qu'une hospitalisation sur quatre peut être associée à un effet indésirable d'un traitement médicamenteux¹⁰.

Quelles solutions ?

Il est bien sûr impossible de réduire les comorbidités des patients, et il n'est pas forcément indiqué de limiter le nombre de prescripteurs. Par contre, il est possible de diminuer le risque de cascade médicamenteuse en se demandant si le symptôme qui est apparu n'est pas un effet indésirable d'un médicament déjà consommé.

Le plus grand défi est de parvenir à « dé-prescrire ». Cet acte médical consistant à réduire les doses ou arrêter certains médicaments aura inévitablement un impact positif sur le coût¹¹, sur la limitation des interactions ou des prescriptions potentiellement inappropriées, sur l'adhésion au traitement⁹ et *in fine* limitera le risque d'effets indésirables¹². Le patient doit être impliqué dans ce processus et ne sera pas forcément un obstacle. En effet, selon une étude canadienne de 2017, plus de 70 % des patients âgés n'ont pas perçu de frein à l'arrêt d'un médicament si les avantages ou les risques évités par son arrêt leur ont été expliqués¹³.

Pour aider le médecin à « dé-prescrire » – et pour ensuite éventuellement « re-prescrire » de manière appropriée – il existe une série d'outils. Citons la liste des critères STOPP/START utilisée en Belgique, mais aussi les algorithmes de dé-prescription (exemples : IPP, benzodiazépines, neuroleptiques...) récemment créés au Canada¹⁴. Depuis quelques années, les futurs médecins suivent des cours sur l'évaluation des critères STOPP/START. Les prescripteurs quant à eux sont régulièrement invités à se former sur le sujet et à collaborer avec des gériatres et des pharmaciens qui ont l'expérience du terrain¹⁵. L'étude Come-on réalisée en 2018 en Belgique a permis une collaboration entre médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens dans plus de soixante maisons de repos¹⁶.

Ne négligeons pas le temps nécessaire lors d'une consultation médicale pour parcourir l'entièreté des traitements médicamenteux d'un patient âgé et repérer quels médicaments sont « inappropriés ». Pour cela, le médecin et le patient doivent être convaincus qu'arrêter un traitement est un acte de qualité au même titre que la prescription d'un nouveau traitement. Une astuce pour rassurer le patient et le prescripteur est de faire un essai de dé-prescription, dire au patient qu'il est toujours possible de revenir à la situation antérieure si l'arrêt n'a pas été bénéfique. ■

9. L. Osterberg et al.,

N Engl J Med n°353, 2005.

10. O. Dalleur et al., *Drugs*

Aging n°29, 2012.

11. E.S. El Desoky et al.,

Clin Exp Pharmacol Physiol

n°47, 2020.

12. C. Frank et al.,

CMAJ n°186, 2014.

13. S. Sirois et al., *Research*

in Social and Administrative

Pharmacy n°13, 2017.

14. www.reseaudeprescription.ca.

15. L. Van der Linden et al.,

Drug aging n°34, 2017.

16. G. Strauven et al.,

J Am Med Direct Assoc.

n°20, 2019.