

Comment optimiser la prise en charge des patients âgés complexes?

Polymorbidité et Polypharmacie

Dr méd. Alex Boudon^a; Dr méd. Fabienne Riat^b; Dr méd. Yasmine Rassam-Hasso^c;
Prof. Dr méd. Pierre Olivier Lang^{d,e}, MPH, PhD

^a Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse, ^b Centre de rééducation de l'Hôpital du Jura, Saignelégier, Suisse, ^c Clinique de Genolier, Genolier, Suisse, ^d Health and Wellbeing academy, Anglia Ruskin University, Cambridge, Royaume-Uni
^e Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique, Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse



L'approche optimale d'un patient âgé complexe ne peut être centrée sur ses comorbidités sans générer un nombre excessif de prescriptions et des recommandations parfois contradictoires. La prise en charge doit être centrée sur l'individu et son niveau d'autonomie fonctionnelle tout en assurant une application raisonnée et raisonnable de «guidelines», qui sont généralement développées à partir d'études où cette population est le plus souvent sous-représentée.

Introduction

Pour ne considérer que notre histoire récente, l'espérance de vie a pratiquement doublé en l'espace d'un siècle. Il est difficile cependant d'estimer dans quelle mesure cela représente aussi un gain en termes de qualité de vie (QoL) [1]. En effet, le vieillissement est associé à l'apparition de pathologies chroniques [2], et après 60 ans, 50% des personnes présentent au moins 3 comorbidités et 5 ou plus pour 20% [3]. De facto, par l'application directe des «guidelines», ce cumul favorise, selon le nombre de pathologies, la polypharmacie (≥5 médicaments/jour) voire la polypharmacie excessive (>9 médicaments/jour) [4, 5]. En moyenne, à partir de 4 comorbidités, 50% des patients se voient prescrire 5 médicaments et 10 ou plus pour 10% (40% si 6 comorbidités) [6]. Selon une étude suisse, les résidents d'EMS peuvent prendre jusqu'à 12,8 médicaments/jour (maximum observé 27 médicaments/jour) [7].

Pour être efficiente et optimale, l'approche du patient âgé (polymorbide et/ou polymédiqué de surcroît) ne doit pas se fonder sur le modèle classique du patient «mono-pathologie» [8, 9]. La démarche doit combiner science et bon sens pour une application raisonnée et raisonnable des «guidelines» et des algorithmes décisionnels [10, 11].

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui n'englobe pas uniquement la prescription. En amont, elle concerne la recherche, le développement et la fabrication, puis la validation par réalisation d'essais cliniques appropriés tant en ce qui concerne les questions posées que la population cible. En aval, une prescription rationnelle doit être suivie d'une administration fiable, d'une évaluation régulière des

effets souhaités et indésirables (attendus ou non). L'adhésion du patient au traitement est également primordiale [12, 13]. Tout au long de ce processus, des erreurs peuvent survenir favorisant les problèmes liés aux médicaments. Ces derniers se définissent à la fois par l'inefficacité thérapeutique; les événements indésirables; le sur- et le sous-dosage; les interactions nuisibles entre médicaments et entre médicaments et comorbidités [14]. Ils représentent un problème majeur de santé publique [12] et les principaux facteurs de risque en sont la polypharmacie et les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) [12]. Les PMI considèrent l'erreur potentielle de prescription par excès («overuse» = prescription d'un médicament en l'absence d'indication), les prescriptions inadaptées («misuse» = mauvaise dose, fréquence, durée d'administration, et/ou rapport bénéfice/risque défavorable) mais aussi l'omission de prescriptions appropriées («underuse») assimilées à l'inertie thérapeutique [15]. La détection des PMI est l'un des piliers de la prévention des problèmes liés aux médicaments [12].

Nous présentons ci-après une approche structurée qui guidera l'évaluation, l'élaboration des objectifs et la prise de décisions pour une prise en charge optimisée des patients âgés. Une attention particulière sera portée sur les médicaments et la détection des PMI. Une vignette clinique illustrera cette démarche.

L'approche structurée d'un patient âgé

Cette approche, développée par l'*American Geriatric Society*, comporte 7 étapes successives qui permettent de guider le praticien dans le processus décisionnel in-



Alex Boudon

hérent à la prise en charge de ces situations parfois très complexes (fig. 1) [9, 16].

Pour l'illustrer, prenons l'exemple d'une patiente de 85 ans qui a chuté. Mme A vit seule à son domicile depuis le décès de son mari il y a 1 an et est indépendante pour les transferts et l'alimentation et marche de façon sécurisée avec une canne. Elle est partiellement indépendante pour les activités de base de la vie quotidienne (nécessite une guidance pour sa toilette et l'habillage). Elle est continente pour les urines. Elle est connue pour une maladie d'Alzheimer (stade léger), une dépression, un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une fibrillation auriculaire, une angine de poitrine (stable), et une ostéoporose fracturaire (tassement de L2 il y a 6 ans) pour lesquels 11 médicaments sont prescrits (tab. 1).

Étape 1: Repérer les problèmes médicaux et des syndromes gériatriques

À partir d'une anamnèse, un examen clinique/fonctionnel, les principaux examens complémentaires, cette

étape permet au praticien d'identifier les problèmes médicaux et les syndromes gériatriques. Le tableau 2 précise la situation de Mme A.

Étape 2: Identifier les préférences du patient

Cette étape est indispensable pour élaborer les objectifs de prise en charge [17]. En cas d'implication importante d'un proche ou d'incapacité du patient à se positionner, son avis et ses préférences doivent également être considérés. Le praticien pourra ainsi identifier les alternatives thérapeutiques les plus adaptées qui ne sont pas nécessairement les plus efficaces mais souvent les moins mauvaises [17]. Par exemple, en cas d'apparition d'une hyperactivité vésicale avec ou sans incontinence, Mme A pourrait déterminer que sa priorité est l'amélioration des troubles fonctionnels urinaires. Ainsi un anticholinergique à visée urinaire pourrait être prescrit et ce malgré le risque d'aggravation des troubles cognitifs. Les agonistes β_2 -adrénergiques sont d'emploi limité compte tenu à la fois de la fibrillation auriculaire et de l'hypertension de Mme A.

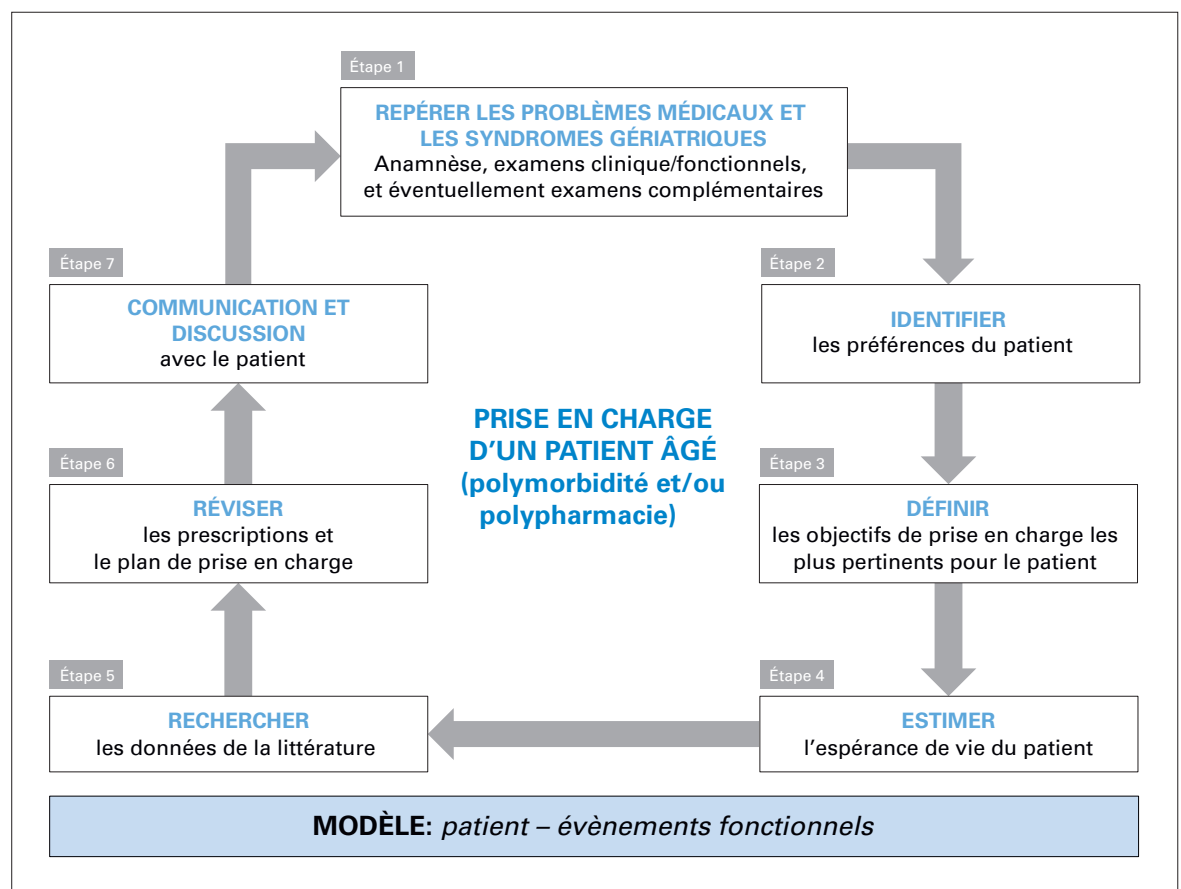


Figure 1: Présentation de l'approche structurée des patients âgés complexes (polymorbides et/ou polymédiqués). L'outil STOPP/START ou la liste de Beers peuvent faciliter l'étape 6. Les bénéfices attendus de la médication devront dans tous les cas être définis en fonction de l'approche retenue (palliative ou curative) et du délai d'obtention d'un bénéfice en tenant compte de la durée de vie restante qui doit être estimée à l'étape 4.

Tableau 1: Traitement médicamenteux pris par Mme A et résultats des révisions de prescriptions selon des spécialistes de la pharmacothérapie du sujet âgé et à l'aide de l'outil STOPP/START.

Traitement de Mme A			Modification selon dires d'experts		Modifications selon grilles STOPP/START	
Médicament	Dose	Prise	Décision	Justification	Décision	Justification
Acénocoumarol	Selon INR	1x1/jour	Continuer	Recommandé en prévention des événements emboliques avec un INR cible entre 2,0 et 3,0	Continuer	
Aspirine®	100 mg	1x1/jour	Arrêt	En raison de l'absence d'indication en combinaison à l'acénocoumarol en présence d'une coronaropathie stable	Arrêt	STOPP C6: Un antiagrégant plaquettaire (aspirine®, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une artériopathie stable (coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique) – [pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement] (Section C: Antiagrégants et anticoagulants)
Métoprolol	50 mg	1x1/jour	Continuer	<ul style="list-style-type: none"> – β-bloquant cardio-sélectif, indiqué pour le contrôle de la conduction ventriculaire dans la fibrillation auriculaire. – Indiqué en cas de cardiopathie ischémique avec ou sans insuffisance cardiaque associée. – Indiqué, si nécessaire pour le contrôle de l'hypertension artérielle. 	Continuer*	STOPP J3: Un β-bloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – [risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5% (59 et 69 mmol/ml) chez les patients âgés fragiles] (Section J: Système endocrinien)
Dinitrate d'isosorbide	20 mg	2x1/jour	Arrêt	<ul style="list-style-type: none"> – Médicament non associé à une amélioration du pronostic de la maladie athéromateuse – Majoration du risque de baisse de la tension artérielle, en association aux β-bloquants 	Arrêt	STOPP K3: Un vasodilatateur (α1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, inhibiteur de l'enzyme de conversion, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique ≥20 mm Hg ou diastolique ≥10 mm Hg lors de la verticalisation) – [risque de syncopes, de chutes] (Section K: médicaments majorant le risque de chute)
IEC			Initiation à considérer	A initier progressivement selon l'évolution clinique (valeurs de tension artérielle) et une estimation judicieuse du rapport bénéfice/risque)	A initier	START A6: En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne, un IEC – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)
Atorvastatine	40 mg	1x1/jour	Arrêt à considérer	En fonction de l'espérance de vie et du rapport des bénéfices (réduction des événements cardiovasculaires ischémiques) et des effets indésirables (notamment musculaires – douleurs, myosite, rhabdomyolyse)	Continuer	
Metformine	850 mg	1x1/jour	Arrêt	<ul style="list-style-type: none"> – L'objectif est de maintenir une HbA1c >8% – Tout traitement hypoglycémiant ou anti-hyperglycémiant abaissant l'HbA1c en dessous de 8 % peut être suspendu 	Arrêt*	STOPP J3: Un β-bloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – [risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5% (59 et 69 mmol/ml) chez les patients âgés fragiles] (Section J: Système endocrinien)
Donépézil	10 mg	1x1/jour	Continuer	Patient avec une Maladie d'Alzheimer légère à modérée pour qui le traitement peut avoir des bénéfices personnels. Le changement pour une autre classe ou l'arrêt peut être proposé en cas de mauvaise tolérance.	Continuer	
Paroxétine	20 mg	1x1/jour	Arrêt à considérer	<ul style="list-style-type: none"> – En prévention de la récurrence d'un état dépressif majeur, les antidépresseurs doivent être prescrits pour 6 mois après l'observation d'une bonne réponse initiale. Cependant, l'effet sur les objectifs gériatriques (sociale, fonctionnel, cognitif, chutes, comorbidités, nutritionnel) doivent être pris en considération. – Indiqué dans le trouble anxieux généralisé. 	Continuer	

Traitement de Mme A			Modification selon dires d'experts		Modifications selon grilles STOPP/START	
Médicament	Dose	Prise	Décision	Justification	Décision	Justification
Bromazépam	3 mg	1x1/jour	Arrêt (progressif)	En raison du risque de sédation, de confusion, de trouble de l'équilibre et de chute.	Arrêt	STOPP D5: Une benzodiazépine depuis plus de 4 semaines – [un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1); risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute et/ou d'accident de la route. Après 4 semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage] (Section D : Système nerveux central et psychotropes) STOPP K1: Une benzodiazépine dans tous les cas – [effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre] (Section K: médicaments majorant le risque de chute)
Alendronate	70 mg	1x1/sem	Arrêt à considérer	Si le traitement a été initié il y a 5 ans ou plus, le bénéfice à la maintenir au-delà est très limité.	Continuer	
Calcium/VitD	1g/800 IU	1x1/jour	Continuer	Recommandé en raison des effets bénéfiques sur les chutes et l'ostéoporose. L'indication du calcium peut être reconsidéré en cas d'un apport alimentaire suffisant.	Continuer	

* Si c'est avant tout le β -bloquant qui est ciblé par le critère, la lecture complète du critère STOPP J3 suggère en cas de « sur contrôle » d'envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7.5 et 8.5% ce qui conduit à la suspension du traitement par metformine dans le cas présent sans modification du traitement par β -bloquant qui reste indiqué tant pour la cardiopathie ischémique que pour le contrôle de fréquence en présence d'une fibrillation auriculaire

Étape 3: Définir les objectifs de prise en charge

Cette étape conduit à définir les objectifs généraux qui sont centrés sur le patient et son autonomie fonctionnelle (modèle: patient – événements fonctionnels) et pas sur ses pathologies (modèle: maladie – événements liés à la maladie) [17]. La réduction de la mortalité est un objectif ni souhaitable ni raisonnable dans cette population. Si bien entendu c'est un objectif souvent déclaré par les patients âgés, la volonté de vivre plus longtemps est toujours conditionnée par une notion de bonne QoL (physique, psychique, cognitive et/ou fonctionnelle) [18, 19] ainsi que le maintien d'une vie et d'un rôle social [9]. Les objectifs, élaborés conjointement

avec Mme A, sont présentés dans le tableau 3 où ils sont mis en perspective avec les problématiques médicales identifiées.

Étape 4: Estimer l'espérance de vie

Estimer l'espérance de vie est une étape importante qui permettra au clinicien de mieux définir les objectifs de prise en charge et les options thérapeutiques [20]. L'âge est trop souvent considéré comme l'unique critère de décision alors qu'à un âge donné l'état de santé de deux personnes peut être très différent et associé à un pronostic et des besoins particuliers [21]. Cela induit des situations de sur- («overuse») ou sous-utilisation

Tableau 2: Anamnèse, examen clinique/fonctionnel, et résultats de quelques examens complémentaires de Mme A (Étape 1).

Vignette: À l'examen physique, la patiente est en état général conservé (poids 60 kg – stable, pas de perte d'appétit). Sa tension artérielle est à 125/70 mm Hg en position assise (FC = 65/min) et 105/65 en position debout. Sa démarche est peu sûre sans canne. Elle a de légers œdèmes péri-malléolaires prenant le godet sans râles de stases aux bases pulmonaires. Il y a 3 mois le «Mini Mental State» était à 17/30 (30/30, 3 ans en arrière) et le test de la montre perturbé (manquait une aiguille, chiffres mal positionnés). Le bilan biologique montre l'absence de troubles électrolytiques, une créatinine à 90 $\mu\text{mol/l}$ (clairance selon Cockcroft et Gault 54 ml/min), un glucose à 5,4 mmol/l, une HbA1c à 6,6% (7,2% 3 mois avant) et le bilan lipidique est dans la norme.

Problèmes médicaux identifiés:

- Hypotension orthostatique
- Insuffisance veineuse
- Polypharmacie et prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées

Principaux syndromes gériatriques:

- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes – OUI
- Trouble cognitif et/ou thymique – OUI
- Incontinence urinaire – NON
- Dénutrition protéino-énergétique – NON

(«underuse») des ressources comme celle d'un patient diabétique de 70 ans avec une espérance de vie <24 mois chez qui un contrôle strict de la glycémie et du profil lipidique est maintenu alors qu'un patient de 80 ans avec un bon pronostic ne se verra plus offrir de dépistage du cancer du côlon [20]. Le délai pour attendre le bénéfice d'un traitement d'une intervention prend aussi ici tout son sens.

Le site www.epronosis.org propose des instruments adaptés à toutes les situations [22]. Le niveau d'autonomie fonctionnelle est le facteur principal influençant la survie devant l'âge, les comorbidités et les symptômes, et/ou les anomalies biologiques [23]. La probabilité de décès de Mme A est de 8% à un an, et 23% à 5 ans.

Étape 5: Rechercher les données de la littérature

Bien qu'omniprésente aujourd'hui, les avantages et les limites de l'«evidence based medicine» (EBM) sont encore mal appréhendés et cela plus encore en gériatrie [24]. L'objectif premier de l'EBM est d'optimiser les prises en charge tout en réduisant la morbi/mortalité induite à partir d'une analyse critique de la littérature disponible. Les «guidelines» prennent en considération les effets sur la mortalité ou la survenue de certains événements comme mesure d'efficacité mais plus rarement les performances fonctionnelles ou la QoL [9]. De plus, les évidences d'efficacité et de sécurité des traitements sont très

peu disponibles pour les patients âgés, et «inexistantes» en cas de polymorbidité et/ou polypharmacie [13, 25].

Dans cette étape 5, le praticien doit s'efforcer à rechercher, si elles existent, les recommandations de prise en charge de chacune des pathologies identifiées pour un objectif donné (ceux élaborés à l'étape 3) [15, 16, 18, 26]. A la lecture de la littérature le praticien doit systématiquement se poser 5 questions:

1. Les données sont-elles applicables à mon patient? (Applicabilité)
2. Quels étaient les critères de jugement des études? (Pertinence)
3. Les effets indésirables sont-ils détaillés? (Acceptabilité)
4. Quelle est la réduction du risque absolu? (Bénéfice)
5. Quel est le délai d'obtention du bénéfice? (Délai)

Les évidences concernant les objectifs de prise en charge pour chacune des problématiques de santé identifiées chez Mme A sont résumées dans le tableau 3.

Étape 6: Réviser les prescriptions

L'objectif de cette étape n'est pas de simplement réduire le nombre de médicaments, mais d'optimiser au maximum les prescriptions en fonction des besoins du patient. La pertinence de chaque médicament doit ainsi être estimée en fonction des bénéfices à attendre selon

Tableau 3: Recommandations existantes pour la prise en charge des problématiques médicales identifiées chez Mme A. ainsi que les bénéfices que l'on peut en attendre pour les objectifs de prise en charge définis.

	Prise en charge de la cardiopathie ischémique stable	Prise en charge de la fibrillation auriculaire	Prise en charge de l'hypertension artérielle	Prises en charge du diabète	Prise en charge de l'ostéoporose
Recommandations spécifiques pour les patients âgés et/ou polymorbides	Oui [36]	Oui [37]	Non [38]	Oui [39, 40]	Non [41, 42]
Améliorer les symptômes (fatigue, troubles de l'équilibre, dyspnée, ...)	Oui (symptômes en lien avec la cardiopathie ischémique)	Oui (réduction du risque embolique et des symptômes en lien avec la conduction ventriculaire rapide, augmentation du risque d'hypotension, de chute, et de confusion)	Non (au contraire, un contrôle du profil tensionnel trop rigoureux peut augmenter le risque d'hypotension et d'hypotension orthostatique, donc de chute et de confusion)	Non (au contraire, un contrôle glycémique trop rigoureux peut augmenter le risque d'hypoglycémie, donc de chute et de confusion)	Non
Minimiser le risque de chute	Non	Non	Non	Non (cf. supra)	Non (mais diminution des conséquences potentielles de la chute)
Maintenir l'état fonctionnel	Oui	Oui	Oui	Non (compte tenu de l'âge de l'espérance de vie de Mme A., les bénéfices d'un contrôle rigoureux interviendront trop tard)	Non (pas directement, cf. supra)

l'approche retenue (palliative ou curative), des effets secondaires potentiels mais aussi des préférences du patient, de son espérance de vie et bien entendu des données de la littérature. Cette démarche doit s'appliquer aux médicaments ainsi qu'à l'ensemble des interventions qui pourraient être proposées à Mme A (exemple: mise à jour des vaccinations [27, 28], apports protéino-caloriques adéquats, favoriser une activité physique régulière [29], aménager/adapter le domicile, moyen auxiliaire plus adapté, et/ou soutien psycho-social).

Chez Mme A, la révision des prescriptions par des spécialistes de la pharmacothérapie du grand âge (FR, POL) a réduit à 4 le nombre de médicaments (tab. 1). De plus, un IEC pourrait être initié pour limiter la morbidité de la cardiopathie ischémique. Cette prescription devra cependant être prudente et faite sous contrôle de la tension artérielle et de la persistance ou non de l'orthostatisme après les modifications proposées. Au vu des bénéfices d'une telle prescription, d'une façon générale, il faut savoir diminuer, voire se passer d'autres médicaments (diminuer les doses de diurétiques, éviter les anti-inflammatoires, diminuer ou arrêter les nitrés). Tout effet secondaire entraînant l'arrêt des IEC (orthostatisme, aggravation de la fonction rénale, hyperkaliémie) devra, à distance, faire l'objet d'une tentative de réintroduction.

Pour les non-spécialistes ou les praticiens moins expérimentés à la révision des ordonnances, des outils d'aide à la prescription ont été développés [12]. Ils reposent sur des critères explicites formulés selon des standards définis à partir de méta-analyses, revues systématiques, opinions et consensus d'experts. Non subjectifs, les critères explicites s'opposent aux critères implicites qui sont basés sur le jugement clinique de l'utilisateur. Ces outils favorisent l'amélioration des pratiques de prescription et la sécurité de prise en charge des patients âgés. Ils sont aussi considérés comme des outils de formation et de mesure de la qualité et de la sécurité des prescriptions [30, 31]. Si aucun des 14 outils existants et revus par Desnoyer et al. [12] ne répond parfaitement aux critères de qualité [30], les dernières versions des listes STOPP («Screening Tool of Older Person's Prescriptions») et START («Screening Tool to Alert doctors the Right Treatment») [32] et la liste de Beers (version 2015) [33] sont les plus adaptées.

Ces 2 outils sont faciles et rapides d'utilisation car les critères sont organisés par système physiologique, comme cela a été démontré pour STOPP/START. De plus, ce dernier est, tout en ciblant les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie, l'un des seuls à considérer l'«overuse» et l'«underuse» [12]. L'«underuse» est trop souvent négligée comme PMI par crainte de favoriser la polypharmacie [34]. Les principales interac-

tions médicamenteuses et médicament-comorbidités sont abordées et un rationnel est également proposé pour chaque critère. La capacité à détecter et à réduire les PMI n'a été évaluée de façon contrôlée qu'avec STOPP/START [12] et son efficacité dans la prévention des événements indésirables vient d'être démontrée [35]. Ces données complètent celles d'une méta-analyse qui confirme l'impact de STOPP/START sur l'amélioration de la qualité des prescriptions [4, 36], de la pratique clinique dans différents contextes de soins [4], de la formation des prescripteurs et la réduction des coûts [37]. Les autres outils répondent que très partiellement aux critères de qualité gériatrique [12].

L'analyse indépendante de la liste des médicaments de Mme A avec STOPP/START par 2 médecins de premier recours (AB, YH) est présentée dans le tableau 1. Au final, Mme A ne devrait plus prendre que 7 médicaments (dont 3 pour lesquels les spécialistes proposaient un arrêt sous certaines conditions – alendronate, paroxétine, atorvastatine). Selon la liste START, un IEC pourrait également être initié comme cela était suggéré par les spécialistes.

Si ces données confirment l'intérêt de cet outil dans la démarche de révision des prescriptions, STOPP/START a été développé pour être une aide à la prescription. Cet outil doit être considéré en association du bon sens clinique et de l'expérience du praticien et non pas être un substitut [32]. Une optimisation maximale des traitements peut par contre dans certains cas complexes nécessiter, dans un second temps, l'expertise d'un spécialiste de la pharmacothérapie du sujet âgé [32, 36].

Étape 7: Communication et discussion

La dernière étape est la restitution et la discussion du plan de prise en charge et des changements médicamenteux avec le patient. Si Mme A est dans l'ensemble d'accord avec les changements à opérer, cette étape soulève deux questions importantes: (1) la planification de ces modifications dans le temps et (2) la gestion des interfaces (secteur ambulatoire, hospitalier, et/ou EMS) et des intervenants.

Une bonne planification doit absolument éviter des changements en «bloc» (même en milieu hospitalier) pour permettre d'évaluer au mieux les impacts de ces changements et assurer la meilleure adhésion possible du patient. La continuité de la prise en charge à travers le système de soins doit être également assurée afin d'assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge. Une communication efficace et une collaboration active entre les différents prestataires et partenaires de soins sont un impératif. La désignation d'une personne référente du projet de soins semble, en l'absence d'un système informatisé accessible à tous les

Correspondance:
 Prof. Dr méd.
 Pierre Olivier Lang
 Service de gériatrie et de
 réhabilitation gériatrique
 Centre hospitalier universi-
 taire Vaudois (CHUV)
 Chemin Mont Paisy 16
 (MPI6/O4/414),
 CH-1011 Lausanne
 Pierre-Olivier.Lang
 [at]chuv.ch

intervenants, la solution la plus efficace. Il peut s'agir du patient lui-même, de son médecin référent/traitant (qui n'est pas forcément celui qui a élaboré le plan de soins) ou d'un représentant thérapeutique. Dans tous les cas, la personne concernée devra avoir en sa possession un plan détaillé où les adaptations thérapeutiques seront présentées et argumentées. En ce qui concerne spécifiquement les prescriptions, le libellé clair et précis des critères STOPP/START peut servir à illustrer les changements opérés et/ou à venir [38]; ils ont d'ailleurs démontré leur efficacité dans le maintien des recommandations jusqu'à 6 mois après la sortie d'un séjour hospitalier [39]. Si cette solution ne résout probablement pas tout, le partage des objectifs et du plan de prise en charge au travers d'une information claire et pertinente aux spécialistes et aux aidants médico-sociaux apparaît comme une pré-condition essentielle.

L'essentiel pour la pratique

- La prise en charge optimale d'un patient âgé polymorbide et/ou polymédiqué nécessite de sortir des «guidelines» formulées pour les populations plus jeunes et souvent mono-pathologiques.
 - Une approche structurée est présentée dans cet article (fig. 1).
- Les objectifs de prise en charge doivent être clairement identifiés selon:
 - les préférences du patient et de ses proches;
 - l'espérance de vie présumée qui doit être estimée;
 - les capacités et le niveau d'autonomie fonctionnelle du patient.
- Un plan de traitement et une révision des prescriptions médicamenteuses doivent être établis en fonction des objectifs:
 - Un outil comme STOPP/START (disponible en version informatisée – www.stopstart.free.fr) peut être d'une aide substantielle.

Conclusion

Prendre en charge un patient âgé polymorbide et/ou polymédiqué est complexe et requiert de mobiliser non seulement l'expertise clinique du praticien, mais aussi son savoir faire en matière de «négociation» et de communication. La démarche présentée permet de guider le praticien en quelques étapes dans le processus décisionnel. Bien entendu ce processus est chronophage, et pour être efficace il doit s'intégrer tout au long de la relation thérapeutique afin d'optimiser au maximum la concordance entre les préférences du patient et l'expertise médicale. Les outils d'aide à la détection des PMI sont un complément fort utile pour la révision des traitements et notamment les grilles STOPP/START qui ont démontré leur efficacité pour réduire la polypharmacie, optimiser les prescriptions et prévenir les événements indésirables.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références recommandées

- 5 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716–24.
- 12 Desnoyer A, Guignard B, Lang PO, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter? *Press Med*. 2016;45:957–70.
- 16 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1–25.
- 32 Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP/START. *Rev Med Suisse*. 2015;11:2115–23.
- 36 Lang PO, Petrovic M, Dalleur O, Ferahta N, Benetos A, Boland B. The exercise in applying STOPP/START.v2 in vulnerable very old patients: Towards patient tailored prescribing. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:176–9.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch.

Références

- 1 Lang PO, Dramé M. Le vieillissement démographique: comment mesurer la qualité de notre avenir? *Neur Psychiatr Geriatr.* 2013;13:256–66.
- 2 Lang PO, Proust J, Vogel T, Aspinall R. Saurons-nous jamais ce qui provoque le vieillissement? *Neur Psychiatr geriatr.* 2013;13:337–43.
- 3 Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open.* 2015;5:e006413.
- 4 Boland B, Guignard B, Dalleur O, Lang PO. Application of STOPP/START and Beers criteria: Compared analysis on identification and relevance of potentially inappropriate prescriptions. *Eur Geriatr Med.* 2016;7:416–23.
- 5 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005;294:716–24.
- 6 Payne RA, Avery AJ, Duerden M, Saunders CL, Simpson CR, Abel GA. Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70:575–81.
- 7 Brulhart MI, Wermeille JP. Multidisciplinary medication review: Evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *Int J Clin Pharmacol.* 2011;33:549–57.
- 8 Quinodoz A, Deruaz-Luyet A, N'Goran AA, Herzig L. Stratégie de priorisation dans la prise en charge des patients multimorbides en médecine de famille. *Rev Med Suisse.* 2016;12:928–31.
- 9 Riat F, Rochat S, Büla C, Renard D, Monod S. Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides: guide à l'intention des cliniciens. *Rev Med Suisse.* 2012;8:2109–14.
- 10 Lang PO, Dramé M, Jolly D, Novella JL, Blanchard F, Michel JP. Que nous apprend la cohorte SAFEs sur l'adaptation des filières de soins à la prise en charge des patients âgés. *Presse Med.* 2010;39:1132–42.
- 11 Bischoff T, Herzig L, Sommer J, Haller DM. Multimorbidité: une opportunité pour changer de regard. *Rev Med Suisse.* 2016;12:915.
- 12 Desnoyer A, Guignard B, Lang PO, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie: quels outils utiliser pour les détecter? *Presse Med.* 2016;45:957–70.
- 13 Topinková E, Baeyens JP, Michel JP, Lang PO. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging.* 2012;29:477–94.
- 14 Garcia-Caballos M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age Ageing.* 2010;39:430–8.
- 15 O'Connor MN, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging.* 2012;29:437–52.
- 16 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:1–25.
- 17 Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *N Eng J Med.* 2012;366:777–9.
- 18 Fried TR, McGraw S, Agostini JV, Tinetti MV. Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1839–44.
- 19 Lang PO, Meyer N, Heitz D, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, et al. Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. *Eur J Epidemiol.* 2007;22:621–30.
- 20 Vaucher Y, Monod S, Büla C, Rochat S. Evaluation de l'espérance de vie chez les personnes âgées. *Rev Med Suisse.* 2012;8:2115–8.
- 21 Walter LC, Covinski KE. Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *JAMA.* 2001;285:2750–6.
- 22 Yourmann LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA.* 2012;307:182–92.
- 23 Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczyk M, Giannelli SV, Gold G, Michel JP. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res.* 2008;11:829–36.
- 24 Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of Evidence-Based Medicine. Incorporating patient preference in practice guidelines. *JAMA.* 2013;310:2503–4.
- 25 Cherubini A, Oristrelli J, Pla X, Ruggiero C, Ferretti R, Diestre G, et al. The persistent exclusion of older subjects from ongoing clinical trials in heart failure. *Arch Intern Med.* 2011;171:550–6.
- 26 Mutasingwa DR, Ge H, Upshur RE. How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *Can Fam Physician.* 2011;57:253–62.
- 27 Lang PO, Aspinall R. Vaccination in the elderly: what can be recommended? *Drugs Aging.* 2014;31:581–99.
- 28 McElhaney JE, Gavazzi G, Flamaing J, Petermans J. The role of vaccination in successful independent ageing. *Original Research Article. Eur Geriatr Med.* 2016;7:171–5.
- 29 Bouaziz W, Lang PO, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Vogel T. Health benefits of multicomponent training programmes in seniors: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 2016;70:520–36.
- 30 Chang CB, Chan DC. Comparison of published explicit criteria for potentially inappropriate medications in older adults. *Drugs Aging.* 2010;27:947–57.
- 31 Spinewine A, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, Hanlon JT. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet.* 2007;370:173–84.
- 32 Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP/START. *Rev Med Suisse.* 2015;11:2115–23.
- 33 By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:2227–46.
- 34 Wauters M, Elseviers M, Vaes B, Degryse J, Dalleur O, Vander Stichele R, Christiaens T, Azermai M. Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community-dwelling oldest old. *Br J Clin Pharmacol.* 2016; epub ahead of print.
- 35 O'Connor MN, O'Sullivan D, Gallagher PF, Eustace J, Byrne S, O'Mahony D. Prevention of hospital-acquired adverse drug reactions in older people using screening tool of older persons' prescriptions and screening tool to alert to right treatment criteria: a cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:1558–66.
- 36 Lang PO, Petrovic M, Dalleur O, Ferahta N, Benetos A, Boland B. The exercise in applying STOPP/START.v2 in vulnerable very old patients: Towards patient tailored prescribing. *Eur Geriatr Med.* 2016;7:176–9.
- 37 Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START Screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to the right treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther.* 2016;41:158–69.
- 38 Takeda-Raguin C, Vogel T, Ferahta N, Smith C, Poloni B, Lang PO. Adherence to Long-Term Drug Regimen After Hospital Discharge: General Practitioners' Attitude. *J Am*

- Geriatr Soc 2016;64:657–9.
- 39 O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, O'Connor M, Kennedy J. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. Eur Geriatr Med 2010;1:45–51.