

# Est-il possible de réduire la polypharmacie chez les patients âgés? «Smarter Medicine»

Prof. Nicolas Rodondi, Directeur du BIHAM & Médecin-Chef de la Policlinique Médicale

 INSELSPITAL

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

Berner Institut für Hausarztmedizin  
(BIHAM), Université de Berne

Clinique Universitaire et Policlinique  
de Médecine Interne Générale  
Hôpital de l'Île, Université de Berne




*u<sup>b</sup>*

*u<sup>b</sup>*  
UNIVERSITÄT  
BERN



Unisanté | Lausanne – 30.06.2022

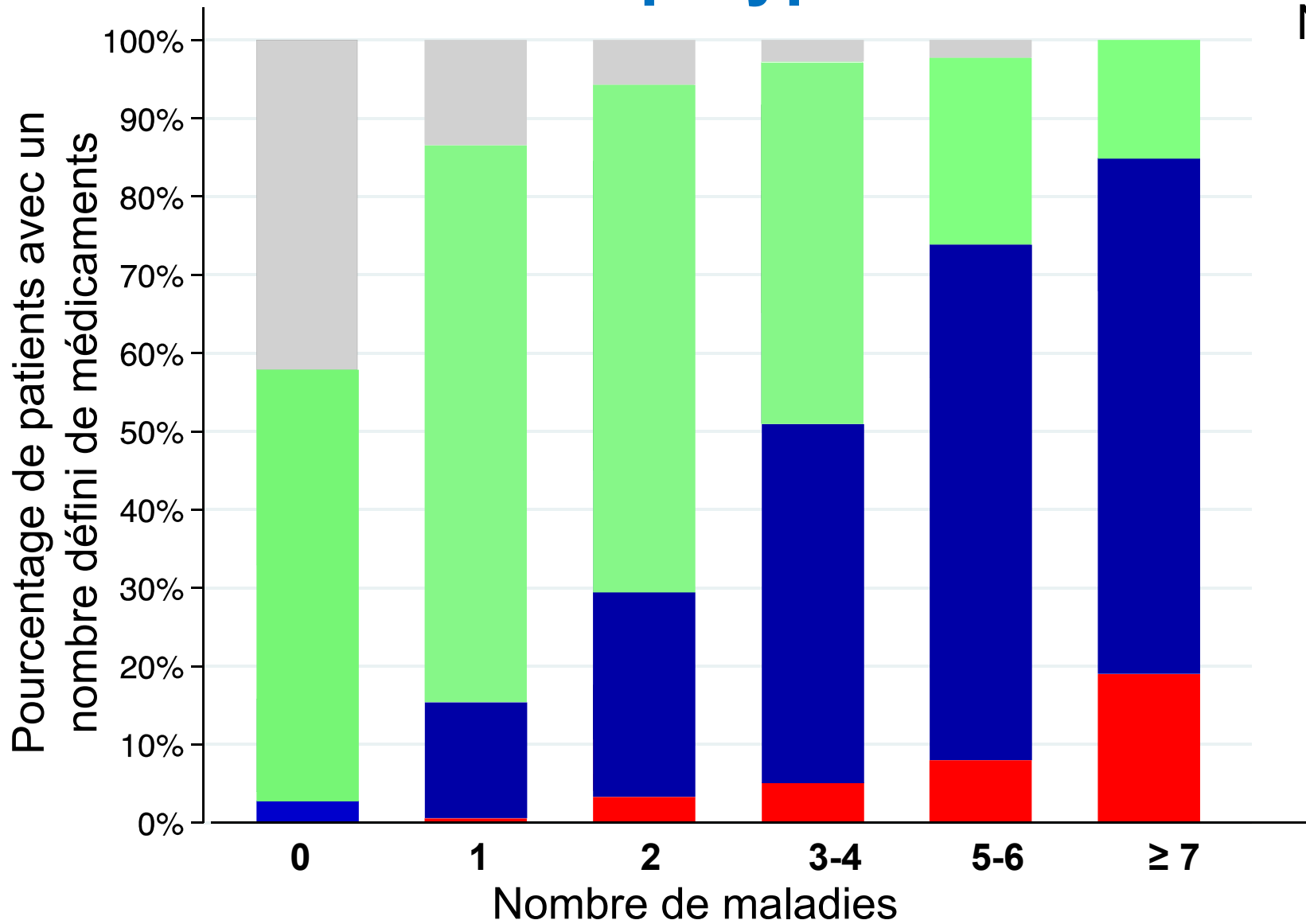
# Plan

- Multimorbidité & polypharmacie
- Quelques causes de la polypharmacie
- Conséquences de la polypharmacie
- Est-il possible de réduire la polypharmacie?
- Choosing Wisely & association **smarter**  **medicine**  
Choosing Wisely Switzerland
- Toujours possible d'arrêter les médicaments sans indication claire?
- Systèmes de santé et rôles des médecins de famille

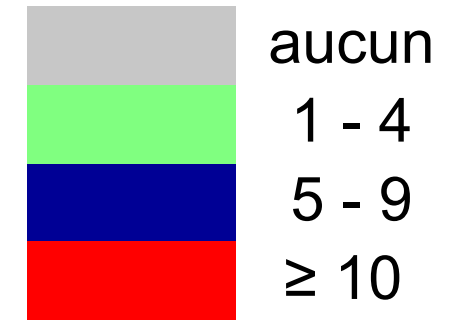
## Quelques causes de la polypharmacie

- Liée aux principaux défis du système de santé:
  - Augmentation des patients multimorbides
  - Manque de médecins de famille → manque de coordination
  - Surmédicalisation
- Abaissement des valeurs-seuils
- Problèmes des guidelines

# Multimorbidité et polypharmacie



Nbre médicaments



**EMS, JU <sup>2</sup>:**  
**moy. 13** (2 - 27)  
 médicaments au  
 long cours par  
 patient/j <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Aubert C & Rodondi N, *Eur J Intern Med* 2016; <sup>2</sup> Brulhart MI. *Int J Clin Pharm* 2011

## Abaissement des valeurs-seuils

- Abaissement fréquent des seuils pour définir les maladies ou les facteurs de risque (cholestérol, TSH, ferritine, ...)
  - P.ex. LDL < 1,4 ml/l en prévention secondaire
    - Recommandé pour un large groupe de patients (diabète, IRC, ...)
  - Devons-nous appliquer ces recommandations?
    - ↑ les patients à traiter
  - Est-ce approprié?
  - Ces directives sont-elles valables pour les patients multimorbides?

## Problème des «guidelines» en cas de multimorbidité

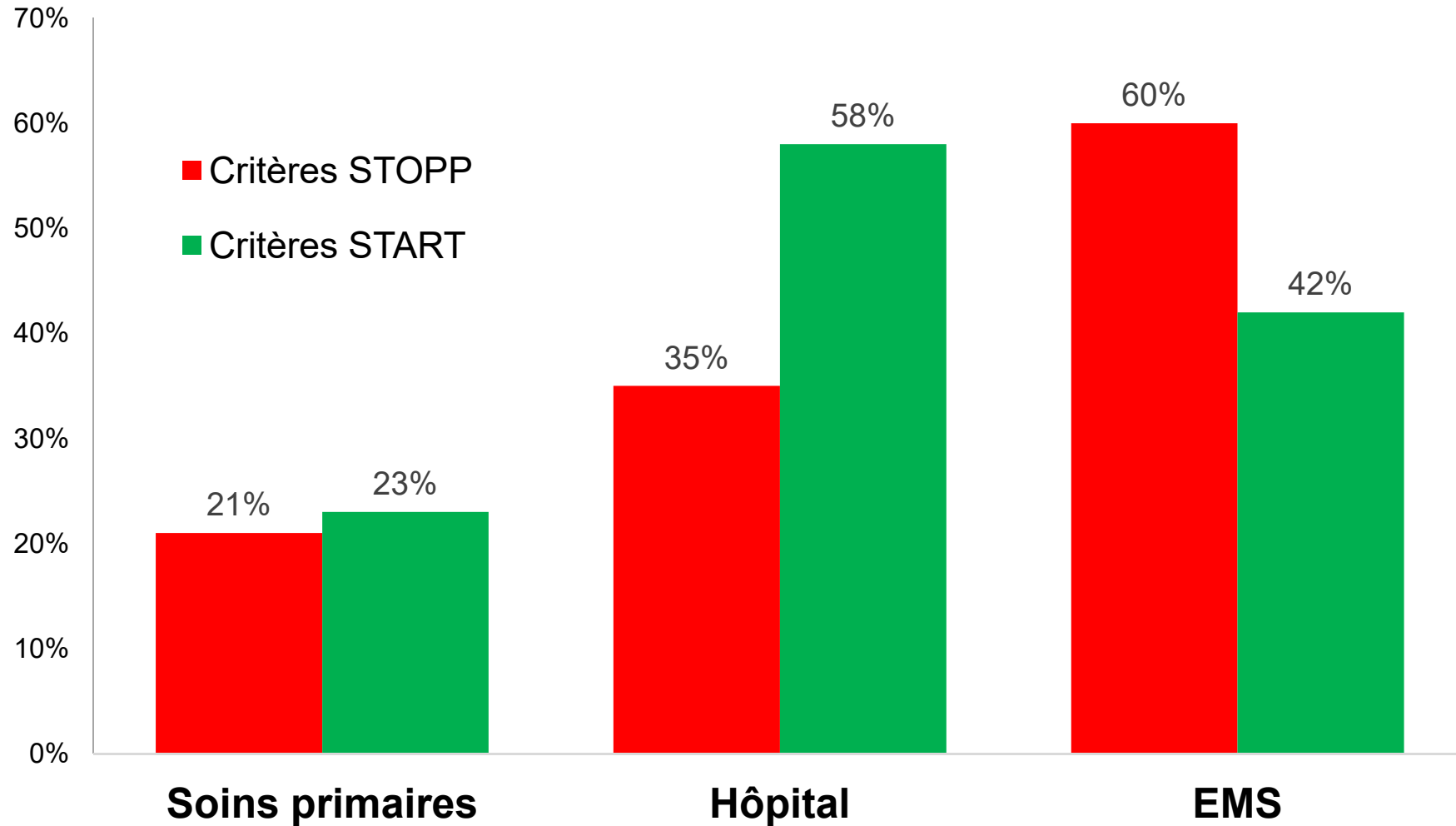
- 1 patiente: femme âgée de 79 ans avec BPCO, diabète type 2, ostéoporose, hypertension et ostéoarthrite: de combien de médicaments a-t-elle besoin?
- Si les directives correspondantes étaient suivies, 12 différents médicaments seraient prescrits.
  - pour la BPCO: 1 – Ipratropium
  - pour l'ostéoporose: 3 – Alendronate, calcium, vitamine D
  - pour l'hypertension: 2 – Hydrochlorothiazide, lisinopril
  - pour le diabète: 4 – Glyburide, lovastatine, aspirine, metformine
  - pour l'ostéoarthrite: 2 – Naproxène, omeprazone

# La multimorbidité favorise la surmédicalisation et les problèmes des guidelines<sup>1</sup>

- 60% de la population  $\geq 65$  ans souffre de multimorbidité ( $\geq 2$  maladies)
- Les patients multimorbides sont exclus de la majorité des études sur les traitements<sup>2</sup>
- Recommandations («guidelines») applicables surtout pour les patients avec 1 seule maladie

<sup>1</sup> Rodondi N & Héritier F, *Rev Med Suisse* 2014; <sup>2</sup> Jadad AR et al., *JAMA* 2011

# Prévalence et risques de la prescription inappropriée



Leendertse AJ, et al. *Arch Intern Med.* 2008;168:1890-96; O'Mahony D, et al. *Age Ageing.* 2014  
Gillespie U, et al. *Arch Intern Med.* 2009;169:894-900; Berwick DM, et al. *JAMA.* 2012;307:1513-16



## Effets secondaires fréquents et évitables de médicaments qui entraînent ou contribuent à une hospitalisation

- Chutes nocives entraînées/liées aux:
  - Benzodiazépines ou autres somnifères
  - Psychotropes
  - Opiacés
- Hypotension orthostatique liée aux traitement de l'hypertension
- Troubles électrolytiques liés aux diurétiques
- Troubles aigus de la fonction rénale liés aux diurétiques / médicaments néphrotoxiques
- IPP à pleine dose > 8 semaines («Smarter Medicine»)
- Gastrite / ulcère gastrique lié aux AINS
- Médicaments hypolipémiants ou aspirine en prévention primaire

Blum MR, et int, & Rodondi N, *BMJ* 2021

# Traitement préventif: lien entre les risques et bénéfiques selon la durée

- La prévention expose les patients aux risques d'une intervention, alors que les patients en profitent plus tard:
  - Exemples de risques immédiats:
    - Hypoglycémie par l'insuline
    - Hypotension par les médicaments pour l'hypertension
  - Exemples de bénéfices différés<sup>1,2</sup>:
    - Réduction des MCV liées au diabète (8-15 ans)
    - Statines en prévention primaire : 1-2 ans avant un bénéfice

<sup>1</sup> Lee S, *BMJ* 2013; <sup>2</sup> Holmes M, *Drugs Aging* 2013

# Est-il possible de réduire la polypharmacie?

## **Choosing Wisely** est un mouvement international qui vise à:

- Aider les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet des examens, des traitements et des interventions qui ne sont pas nécessaires
- Soutenir les médecins de manière à ce qu'ils aident leurs patients à faire des choix judicieux et efficaces pour assurer des soins de qualité
- Listes Top 5, yc > 15 sociétés en Suisse<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <https://www.smartermedicine.ch/>

# Missions de l'association **smarter** **medicine**

Choosing Wisely Switzerland

- Contribuer à une prise en charge optimale des patients

en:

- évitant la surmédicalisation et les soins de «basse valeur» en médecine
- sensibilisant le public
- donnant de l'autonomie aux patients

# Objectifs de l'association

**Top-5-listes** de sociétés médicales et autres professions de la santé

Implication active d'autres **professions de la santé** (approche interprofessionnelle)

**Débat public** sur la qualité des traitements (excès et insuffisance de soins)

Sensibilisation des **patient-e-s / client-e-s**

Soutien **politique** de la campagne

Thème de la **qualité des traitements** (erreurs/excès de soins) faisant partie de la **formation pré/postgraduée et continue**

# Pourquoi informer les patients?

- Enquête auprès de 1500 patients (USA) et «focus groupes»
- Avis de la majorité:
  - + de soins correspond à une meilleure qualité des soins
  - Les nouveaux soins sont + efficaces
  - Les soins coûteux sont + efficaces

# Rôles de la formation des médecins

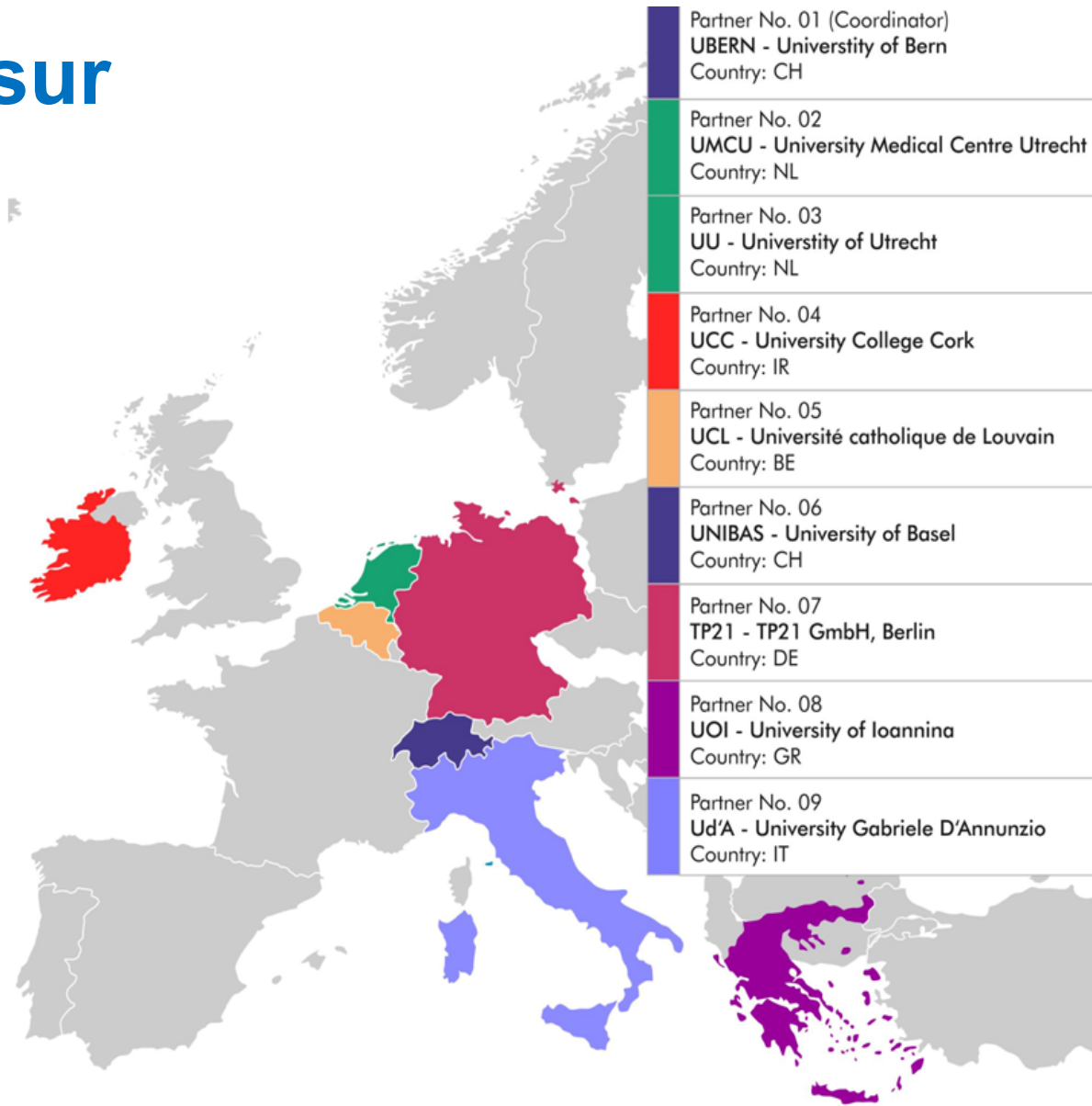
- Décisions complexes et individuelles
- Rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation pour améliorer la qualité des soins:
  - Campagne «Smarter Medicine», SGAIM <sup>1</sup>
  - Journaux de la FMH <sup>2</sup> distribués aux 39'000 médecins suisses chaque semaine
- Les spécialistes suisses devraient aussi élaborer des listes «Top 5» :
  - > 60 sociétés de spécialités aux USA
  - > 15 sociétés de spécialités en Suisse <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rodondi N, *Schw. Med Forum (SMF)* 2013: «Less is more: ...»; <sup>2</sup> [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)



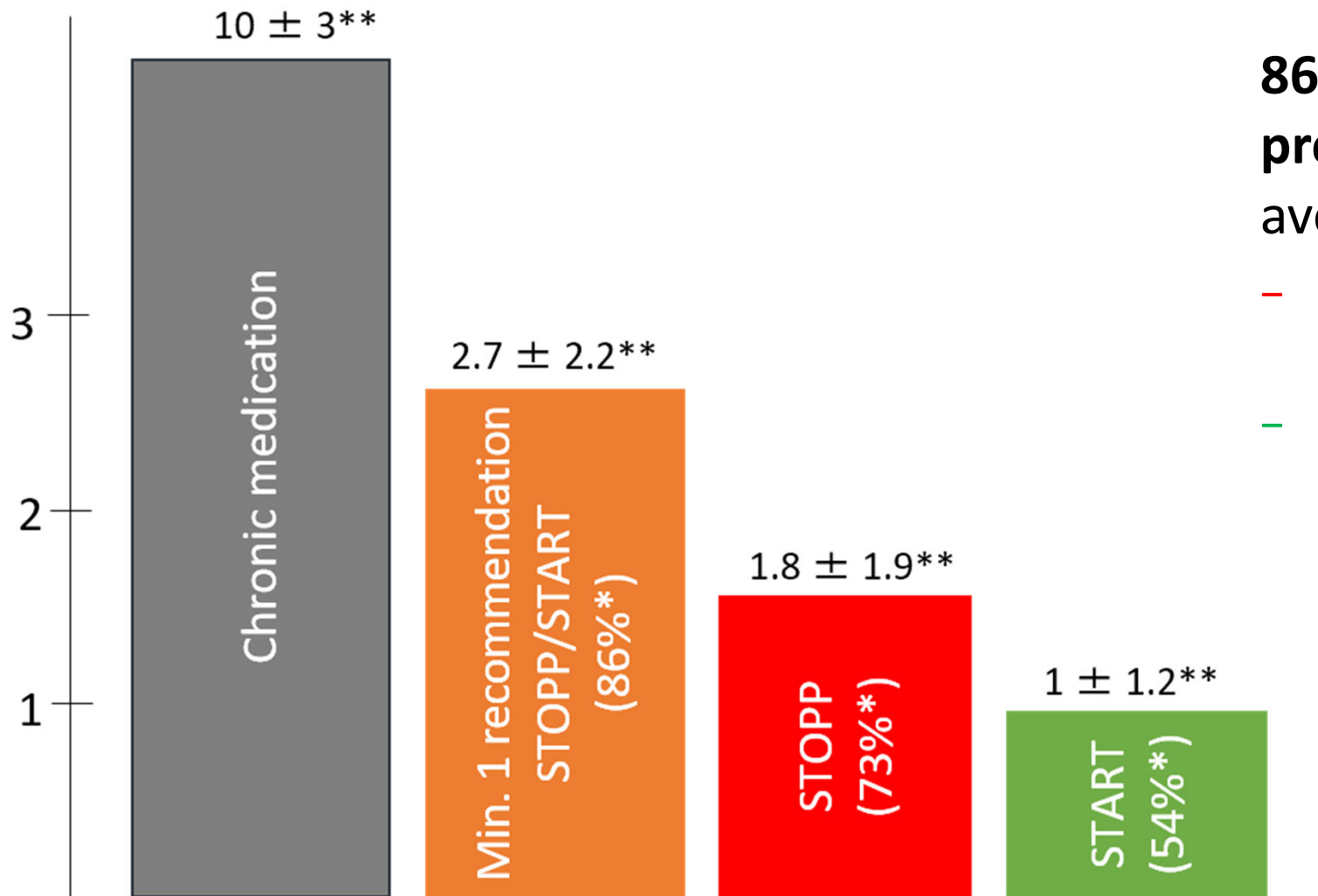
# Consortium européen sur la multimorbidité et la polypharmacie<sup>1</sup>

- CHF 8 millions du programme **EU Horizon 2020** et de la Confédération
- **Cohorte sur la multimorbidité sur 10 ans**



<sup>1</sup> OPERAM: OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly.  
Coordination: Prof. N. Rodondi

# Médicaments inappropriés: Critères STOPP / START (2008 patients)



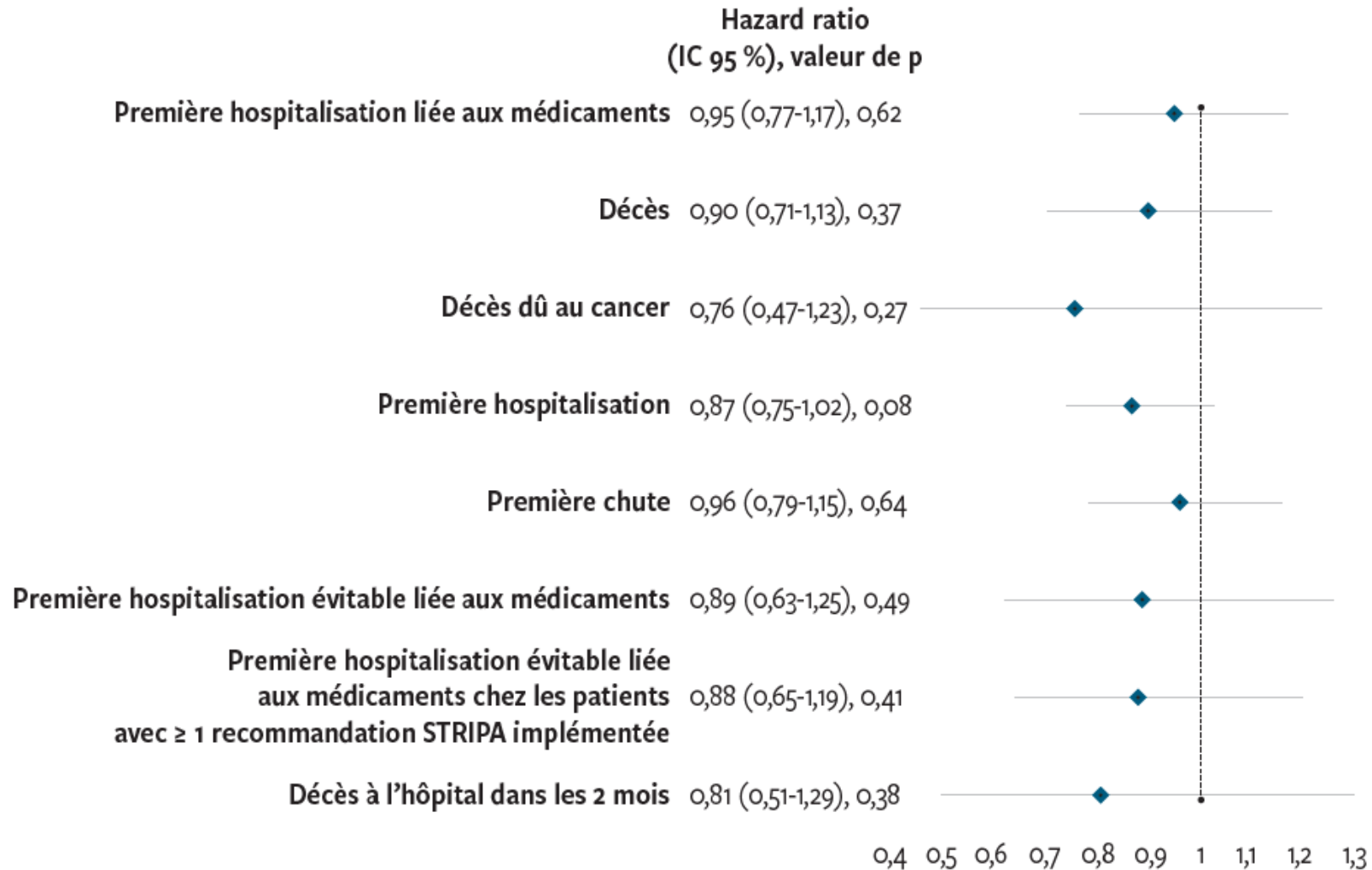
**86% des patients avec prescription inappropriée avec  $\geq 1$  critère:**

- STOPP = **S**creening **T**ool of **O**lder **P**eople's **P**rescriptions
- START = **S**creening **T**ool to **A**lert to **R**ight **T**reatment

**60% des patients avec  $\geq 1$  recommandation implémentée à 2 mois**

<sup>1</sup> Blum MR et int., & Rodondi N, *BMJ* 2021

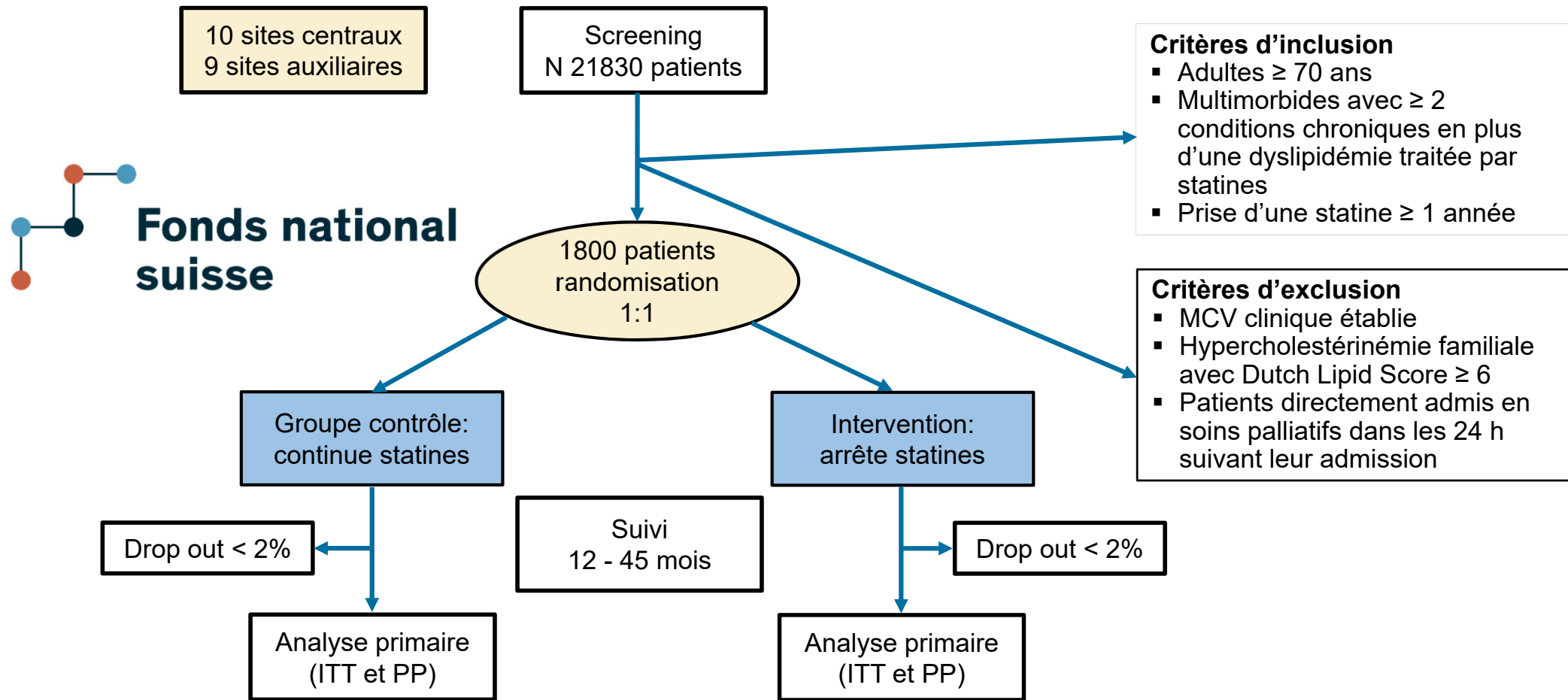
# OPERAM: événements cliniques



**Pas d'effet délétère** sur les événements cliniques de l'intervention de modifications des médicaments inappropriés

<sup>1</sup> adapté de Blum MR & Rodondi N, *BMJ* 2021

# STREAM: étude randomisée d'arrêt des statines



**Évaluation primaire:** un critère d'évaluation combiné

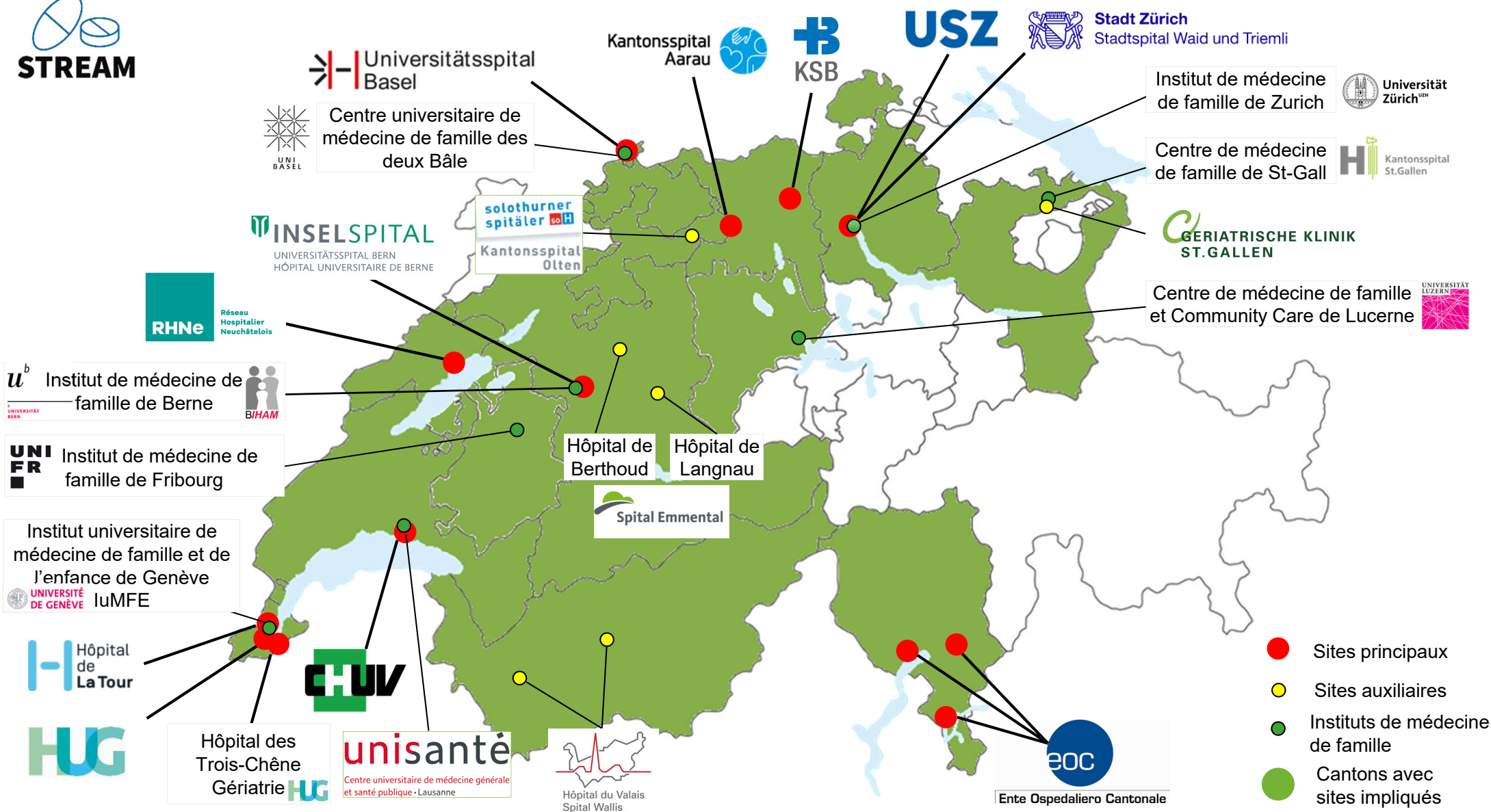
- Événements CV majeurs (infarctus du myocarde non fatal, accident ischémique cérébral)
- Mortalité toutes causes

**Évaluation secondaire:** composantes individuelles d'événements CV, mortalité toutes causes, décès d'origine CV et décès sans CV, revascularisation des artères coronaires/périphériques

- Résultats rapportés par les patients: Qualité de vie, douleurs musculaires, sarcopénie, chutes.

Rodondi N et al.

# STREAM: 19 sites cliniques et les 8 instituts de médecine de famille



# Comment est-ce que les médecins de famille peuvent participer?



## 1. Option: «Supporter»

- Transmission des documents (liste des médicaments, valeurs de laboratoire), lorsqu'un patient est recruté (par l'assistant/e médical/e)

## 2. Option: «Recruiter» (temps par patient: 10 min)

- **Inform**er les patient/e/s éligible/s. (**100.- par patient**)

## 3. Option: «Recruiter Plus» (temps par patient: 20 min)

- En plus: signature du **consentement éclairé**, puis soit transmission au centre de recherche le plus proche (**200.- par patient**) ou **inclusion directement au cabinet**

 [www.statin-stream.ch](http://www.statin-stream.ch) /  [statin-stream@insel.ch](mailto:statin-stream@insel.ch)

# Pourquoi participer à l'étude STREAM en tant que médecin de famille?

- Les résultats de cette étude devraient aider à savoir si un traitement de statine peut être **arrêté de manière sûre** chez les personnes âgées.
- Afin de pouvoir **généraliser** les résultats, inclusion de patient/e/s ambulatoires essentiel.
- Contribution à la **réduction de la polymédication** chez les personnes âgées
- Soutenir la **recherche en médecine interne générale/médecine de famille** au niveau suisse et la renforcer

# Risque avec une médecine de famille faible: exemple des USA

Ø Nombre de médecins par an impliqués par patient Medicare <sup>1</sup>:

1 maladie chronique → 4 médecins

≥ 5 maladies chroniques → 14 médecins

Etats (USA): + de médecins de famille

→ ↗ qualité, ↘ hospitalisations, ↘ urgences, ↘ coûts <sup>2,3</sup>

→ FRAGMENTATION DE LA PRISE EN CHARGE et ↗ coûts par une prise en charge non coordonnée

<sup>1</sup> Vogeli C et al., *J Gen Intern Med* 2007; <sup>2</sup> Baicker K et al., *Health Affairs* 2017; <sup>3</sup> L Shi, *Scientifica* 2012



# Take home messages

- La plupart des données disponibles ne s'appliquent pas à la majorité des patients souffrant de multimorbidité!<sup>1</sup>
- Généralistes/médecins de famille: rôle-clé dans l'individualisation des traitements, en tenant compte de la multimorbidité
- Recherche nécessaire et à soutenir dans ce domaine:
  - Études randomisées chez les personnes multimorbides<sup>2,3</sup> aussi dans les cabinets pour la généralisabilité
  - Études pour réduire la surutilisation et pouvoir continuer à offrir des soins de haute qualité

<sup>1</sup> Rodondi N, *Schw Med Forum* 2013; <sup>2</sup> Stott D, Rodondi N, et al., *NEJM* 2017

<sup>3</sup> Blum MR et int., & Rodondi N, *BMJ* 2021

# Merci en avance pour votre soutien!

[statin-stream@insel.ch](mailto:statin-stream@insel.ch)

[www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)

## Contact:

Prof. Nicolas Rodondi

Directeur de l'Institut Bernois de médecine de famille (BIHAM)

& Clinique et Policlinique de Médecine Interne Générale

Hôpital de l'Île, Université de Berne

Email: [Nicolas.Rodondi@insel.ch](mailto:Nicolas.Rodondi@insel.ch)

[lipidsprechstunde.medpol@insel.ch](mailto:lipidsprechstunde.medpol@insel.ch)