

Infospot

Polymédication chez les personnes âgées

Janvier - Février - Mars 2014



Sommaire

Introduction	3
I. Polymédication	4
1. Définition	4
2. Impact de la polymédication	5
3. Résultats Pharmanet 2012	5
4. Aspect financier	9
5. Gérer la polymédication	10
II. Fragilité des personnes âgées	10
1. Les effets indésirables chez les personnes âgées et la liste de Beers	10
2. Tendance dans l'utilisation des médicaments « Beers »	11
3. La relativité de la liste de Beers	12
III. Références	13

Introduction

De diverses parts, des questions nous sont régulièrement posées sur l'efficacité et l'innocuité de nos médicaments. En fin de compte, la réponse revient toujours à peser les bénéfices et les risques, et pour un même médicament, la balance n'est pas toujours identique pour tous les patients. Ainsi, des facteurs comme le sexe, l'**âge** et le **recours à la co-médication** jouent un rôle important. Le présent Infospot porte sur les 2 derniers facteurs cités¹.

Les personnes âgées constituent un groupe fragile quant à l'efficacité et aux effets indésirables des médicaments. Différents facteurs peuvent causer l'apparition d'effets indésirables chez les personnes âgées. D'abord, il y a les changements physiologiques, comme une diminution de la fonction rénale et du métabolisme hépatique ainsi qu'une augmentation du rapport lipides/hydrates. Ensuite, une comorbidité en général importante, accompagnée d'une **polymédication** – souvent justifiée – accroît les risques d'interactions (pharmacocinétiques et pharmacodynamiques)².

L'étude PHEBE (2006) du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) nous a montré que les résidents de centres de soins résidentiels reçoivent entre 0 et 22 médicaments par jour d'après leur fiche de médicaments, la moyenne étant de 8,1. La plupart d'entre eux sont à usage chronique (88 %). De ces médicaments, 3 % étaient aigus et 9 % « en cas de besoin ». La consommation la plus élevée a été constatée pour les psycholeptiques benzodiazépines ou antipsychotiques (68 % des résidents), laxatifs (50 %) et antidépresseurs (46 %). Les dépenses moyennes totales par mois et par résident pour les médicaments chroniques ont été estimées à 140 EUR, le ticket modérateur moyen se montant à 23 EUR pour les médicaments remboursables et l'intervention personnelle moyenne se montant à 27 EUR pour les médicaments non remboursables³.

I. Polymédication

1. Définition



DDD ou defined daily dose = la dose moyenne admise par jour d'utilisation d'un médicament pour son indication principale par une personne adulte (cf. www.whocc.no).

Le présent infospot utilise une définition quantitative et une définition réduite de la notion de polymédication en fonction des possibilités actuelles de Pharmanet.

Dans cet article, un patient est considéré comme polymédié lorsqu'il a utilisé 5 médicaments ou plus (au niveau ATC-3) de manière chronique pendant l'année écoulée. Les médicaments dont 180 defined daily doses ou plus sont utilisées dans la même année civile sont inclus dans le calcul du nombre de médicaments pour la polymédication. Une correction est apportée pour les patients qui sont en vie au 31 décembre.

Les analyses du présent article se basent sur des données Pharmanet de l'INAMI pour l'année 2012 et portent uniquement sur les spécialités pharmaceutiques remboursables (donc à l'exclusion des préparations magistrales) qui sont délivrées à des patients (bénéficiaires) dans les pharmacies ouvertes au public (données jusqu'au 31 décembre 2012 inclus).

Il importe de savoir que cette analyse ne tient pas compte des hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques, ni de nombreux analgésiques et laxatifs (voir infospot « Laxatifs », mars 2013).

L'absence de données relatives à l'utilisation de benzodiazépines et de produits apparentés (médicaments Z p.ex.) constitue une limitation importante. Pour cette raison, des informations plus spécifiques devraient être apportées en complément plus tard.

Dans la pratique de tous les jours, les risques liés à la polymédication sont encore plus importants : les produits en vente libre (médicaments OTC ou médicaments présents dans la pharmacie domestique) ou d'autres produits comme les compléments alimentaires (p.ex. millepertuis) peuvent accroître les risques de polymédication.

2. Impact de la polymédication

L'impact de la polymédication sur les personnes âgées est significatif. Elle est associée à une mauvaise compliance thérapeutique, à des interactions entre les médicaments, à des erreurs de médication et à des effets indésirables. Il peut en résulter des chutes accidentelles, des fractures de la hanche, des épisodes de confusion, des insuffisances rénales et des crises de délire, responsables d'un certain pourcentage d'admissions aux urgences et d'hospitalisations⁴⁻⁷.

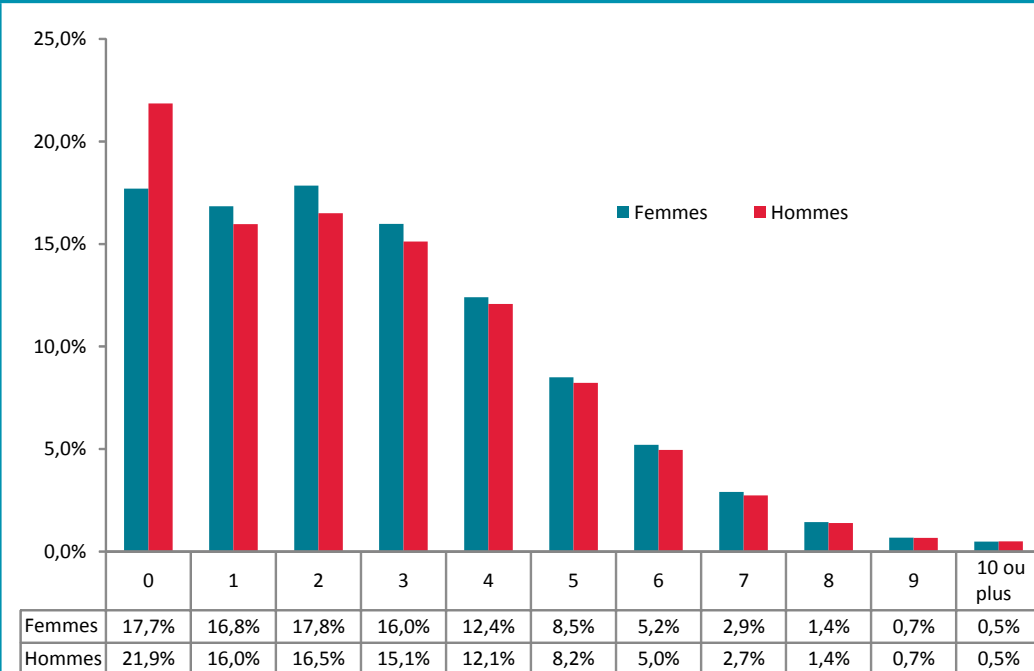
3. Résultats Pharmanet 2012

a. Nombre de patients polymédiqués

Environ 18,9 % de personnes âgées de plus de 65 ans (près de 380 000 patients sur 2 millions) ont fait un usage chronique de médicaments pendant l'année 2012. Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, ce taux monte même à près de 23 %, soit 224.000 patients. Manifestement, il n'existe pas d'écart entre hommes et femmes concernant la polymédication. Seul le groupe de patients ne prenant aucun médicament chronique remboursable compte une part de femmes (21,9 %) plus importante que celle des hommes (17,7 %).

Aux Pays-Bas, la polymédication se présente chez 23 % d'une population équivalente (dans la référence, la même définition est utilisée, à savoir y compris le critère des 180 jours d'utilisation pour l'usage chronique^{8,9}).

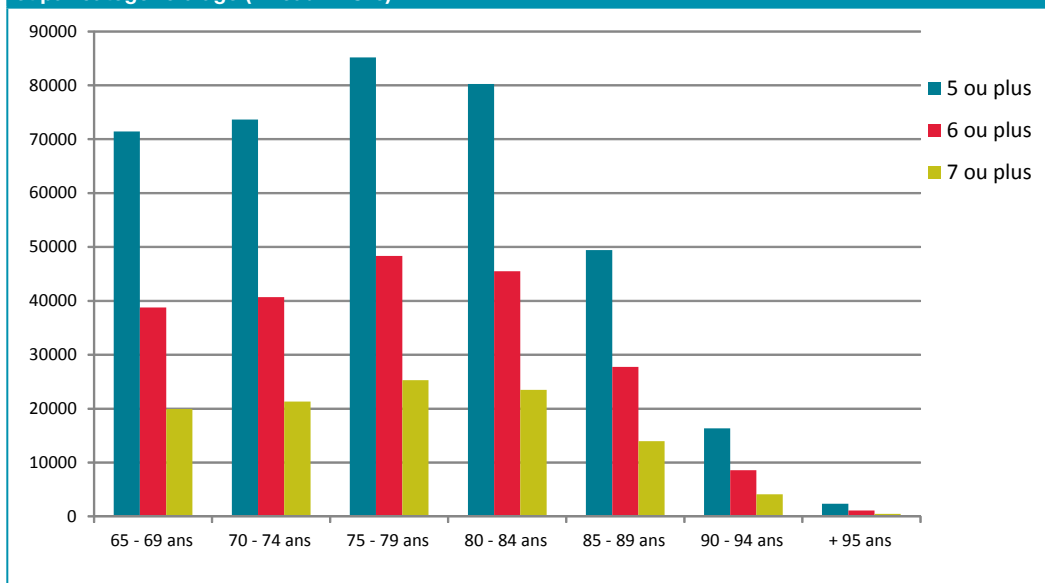
Graphique 1 - Pourcentage de bénéficiaires âgés de plus de 65 ans par nombre de médicaments utilisés de manière chronique (niveau ATC-3) chez les femmes et les hommes



Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

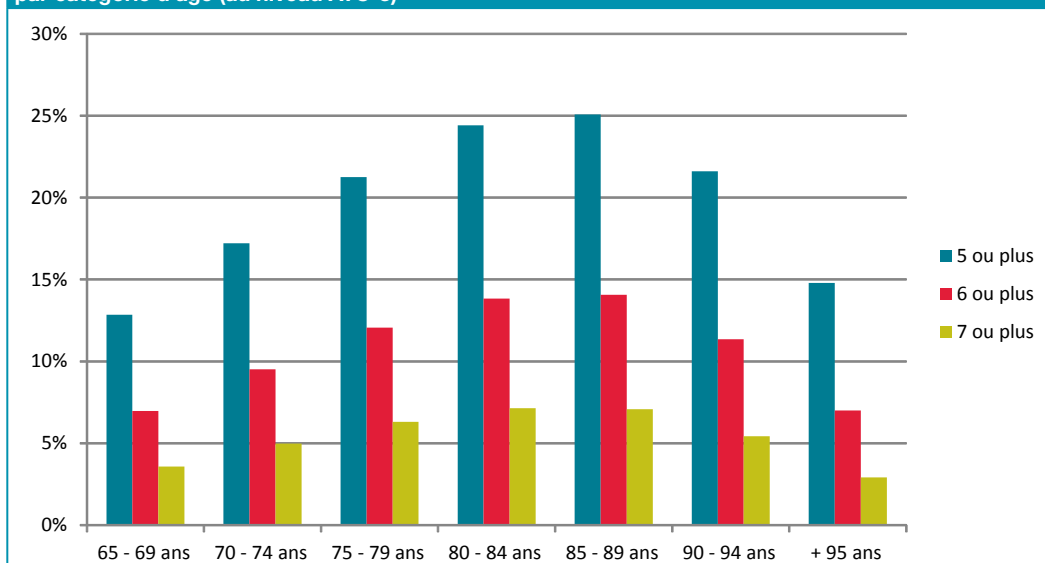
Pour l'application de nos critères sur la polymédication, le volume de la population varie selon que l'âge est exprimé en nombres absolus ou en pourcentages. Les graphiques 2 et 3 montrent que tant le nombre de patients polymédiqués que leur pourcentage s'accroissent avec l'âge. Le nombre absolu de patients diminue de manière significative à partir de 85 ans, mais le pourcentage de patients polymédiqués ne commence à diminuer que pour les plus petits groupes de patients âgés de 90 ans, de 95 ans et plus.

Graphique 2 - Nombre absolu de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge (niveau ATC-3)



Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

Graphique 3 - Pourcentage de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge (au niveau ATC-3)



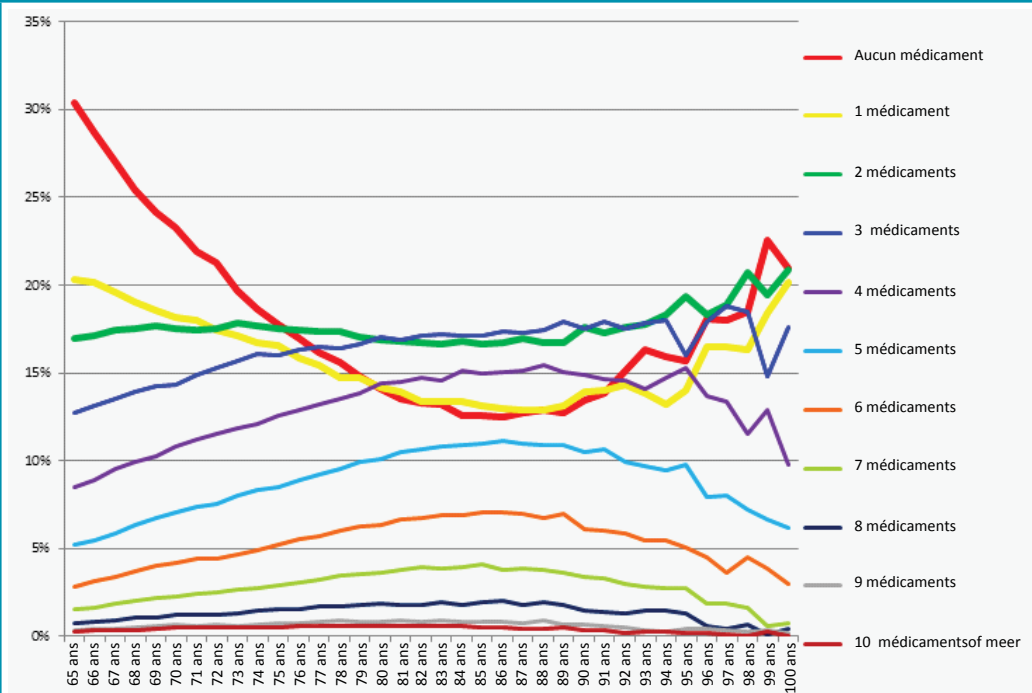
Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

Le graphique 4 reproduit plus de détails que le graphique 3. On y remarque que le pourcentage de patients qui ne prennent aucun médicament (trait rouge épais) ou qu'un seul médicament (trait jaune épais) de manière chronique diminue avec l'âge et que le nombre de patients qui utilisent plusieurs médicaments augmente (traits fins violet, bleu clair et orange). Cette évolution est logique, prévisible étant donné que la nature des indications dans ce groupe d'âge réclame souvent un traitement médicamenteux complexe.

Cependant, l'augmentation ne se maintient pas avec l'âge. En effet, à partir de 85 ans, elle se stabilise et, à partir de 90 ans, la part de patients polymédiqués diminue et celle de patients ne prenant aucun ou guère de médicaments de manière chronique augmente de nouveau. Cette évolution particulière mérite quelques explications. Pour les personnes âgées de plus de 90 ans, il convient de tenir compte des aspects suivants :

- interruptions de traitement fréquentes dans ce groupe d'âge : pour beaucoup de patients, on n'arrive pas à 180 DDD parce que, pendant l'année, ils n'ont pas été soignés à domicile - provisoirement ou non - (admission en MRS, hospitalisation, centre de rééducation fonctionnelle, etc.)
- dosages utilisés inférieurs : les doses sont fréquemment adaptées pour les personnes âgées. Par conséquent, les patients sont souvent traités à des doses inférieures à 1 DDD (= dose quotidienne officielle pour adulte)
- compliance thérapeutique inférieure : les personnes âgées oublient de prendre leurs médicaments
- problèmes logistiques : forte dépendance, ne pas disposer d'une prescription de suivi en temps utile, raisons financières, etc.

Graphique 4 - Évolution du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans par nombre de médicaments remboursables (niveau ATC-3) utilisés de manière chronique en fonction de l'âge



Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

TYPE DE MÉDICATION

Il est remarquable que ce sont surtout les médicaments cardiovasculaires qui entrent dans la polymédication (voir tableau 1). Les antithrombotiques, inhibiteurs d'acide gastrique et antidépresseurs y sont aussi particulièrement prédominants. Par ailleurs, les médicaments liés au diabète y sont souvent associés.

Tableau 1 - Aperçu des groupes pharmacothérapeutiques les plus associés à la polymédication (plus de 10 % des patients)				
ATC-3	Groupe pharmacothérapeutique	Nombre de patients uniques	% du nombre total de patients polymédiqués	Nombre DDD
C10A	Hypolipidémiants	248.846	65,7%	105.565.190
B01A	Antithrombotiques	238.210	62,9%	106.703.590
A02B	Inhibiteurs de sécrétion d'acide gastrique	169.307	44,7%	64.024.338
C07A	Bêta-bloquants	144.316	38,1%	46.450.246
C09A	Inhibiteurs ACE	119.236	31,5%	75.971.365
C08C	Antagonistes du calcium	117.662	31,1%	54.440.868
A10B	Hypoglycémiant hors insulines	102.066	27,0%	52.738.496
N06A	Antidépresseurs	95.364	25,2%	38.142.898
C03C	Diurétiques de l'anse	79.310	20,9%	36.840.954
C09C	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine monopréparations	71.238	18,8%	37.537.643
C01D	Vasodilatateurs cardiaques	64.552	17,0%	54.821.432
R03A	Sympathomimétiques respiratoires	54.742	14,5%	23.883.851
C09D	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine préparations associées	54.354	14,4%	18.853.044
H03A	Produits thyroïdiens	43.757	11,6%	13.449.284
A10A	Insulines et analogues	42.356	11,2%	22.284.200
C01B	Antiarytmiques	40.348	10,7%	12.436.608
Rouge : médicaments cardiovasculaires				
Vert : médicaments pour le système digestif et le métabolisme				
Noir : autres groupes				
Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012				

L'utilisation importante de médicaments pour ces groupes pharmacothérapeutiques peut s'expliquer par les affections les plus courantes dans la population des personnes âgées de plus de 65 ans, à savoir l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine et les douleurs à l'estomac⁹. Par conséquent, il est logique qu'il y ait polymédication avec ces produits.

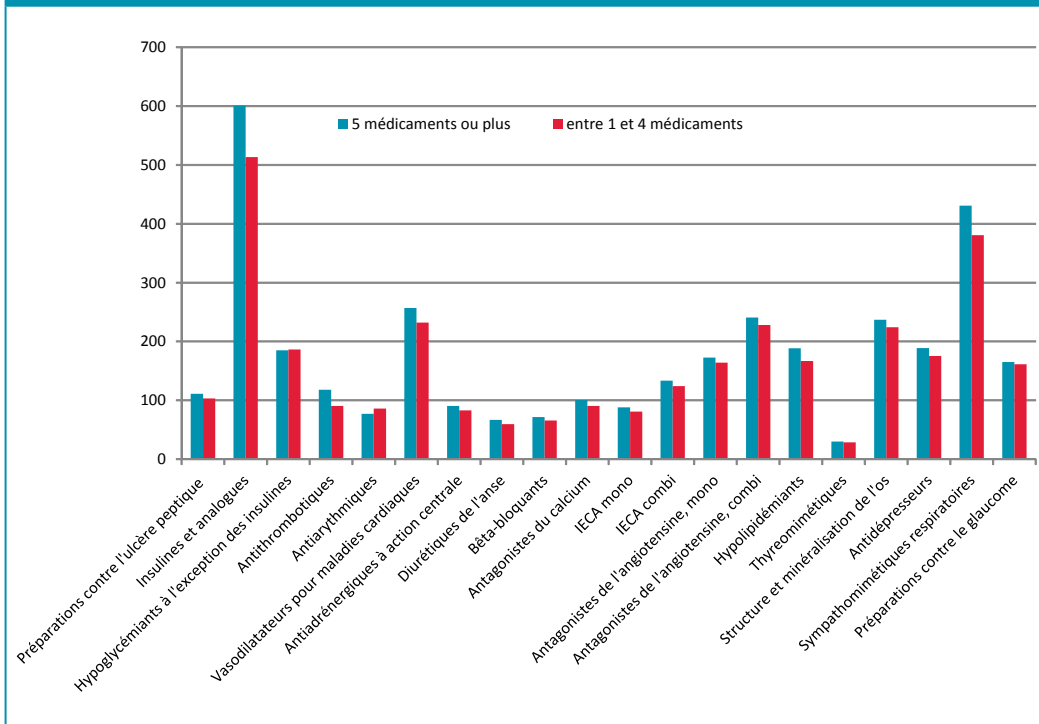
4. Aspect financier

Outre l'impact négatif de la polymédication sur l'action des médicaments et les fonctions cognitives et physiologiques du patient, l'utilisation inadéquate et inutile de médicaments entraîne un « gaspillage » en frais de médicaments, de consultation de médecin, d'hospitalisation et de soins infirmiers¹⁰.

Le coût des médicaments pour personnes âgées polymédiquées (≥ 180 DDD et ≥ 5 groupes ATC) atteint pour l'INAMI jusqu'à 420 millions d'euros par an pour tous les médicaments à usage **chronique**.

Pour un segment important de ceux-ci, à savoir le top 20 des médicaments les plus utilisés par les patients polymédiqués (voir tableau 1), le coût des patients polymédiqués pour l'INAMI se monte jusqu'à 285 millions d'euros. Au sein de ce groupe d'âge, ce montant représente environ la moitié (47,2 %) des dépenses totales pour la médication considérée. Pour ce montant, seuls 378 000 patients polymédiqués sont traités, alors qu'un total de 1,15 million de patients non polymédiqués sont traités pour un montant de 318 millions d'euros. Le coût de traitement moyen par patient par mois dépasse de 9,5 % celui des personnes âgées de plus de 65 ans qui n'utilisent pas de polymédication chronique tout en utilisant de manière chronique la médication en question.

Graphique 5 - Dépenses INAMI par patient pour le top 20 des médicaments chroniques les plus utilisés par des patients polymédiqués âgés de 65 ans et plus en 2012



Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

Cela s'explique probablement, entre autres, par le fait que les patients polymédiqués consomment en moyenne davantage ce type de médicaments (444 DDD par an) que les patients non polymédiqués ne consomment de médicaments chroniques (415 DDD par an). Pourtant, le coût INAMI par DDD reste supérieur de 5,5 % pour les patients polymédiqués par rapport aux patients non polymédiqués (65+ et ≥ 180 DDD par an) pour ce groupe de médicaments.

5. Gérer la polymédication

Gérer de manière rationnelle la polymédication consiste à évaluer à intervalles réguliers le profil pharmacologique d'un patient dans sa globalité et, si possible, à diminuer progressivement ou à arrêter les médications. Le tout, bien sûr, sans nuire à la qualité du traitement du patient¹¹.

Ainsi, l'enquête a montré qu'un ou plusieurs arrêts de médication sont possibles pour 63 % des patients polymédiqués. Pour 18 % des patients polymédiqués, des études ont montré qu'il est possible d'arrêter avec succès les médications. Le taux de succès variait par médicament mais était de ≥ 95 % après l'interruption de médication pour les groupes de produits suivants : nitrates, pentoxifylline, suppléments de potassium, inhibiteurs de H2 et suppléments de fer. Pour d'autres produits aussi, des succès acceptables ont été enregistrés : antihypertenseurs (taux de succès de 82 %), diurétiques à base de furosémide (85 %), sédatifs et anxiolytiques (88 %) et antidépresseurs (74 %). Toutefois, une réévaluation individuelle et un suivi du patient s'imposent en l'occurrence¹².

Également notable est la mortalité qui, après un an, a donné un score significativement meilleur pour le premier groupe où la polymédication a été évaluée (21 %), avec pour conséquence un éventuel arrêt de la médication par rapport au deuxième groupe sans évaluation de la médication (45 %, $p < 0,001$). L'incidence sur le coût moyen des médicaments par patient a naturellement diminué dans le premier groupe¹².

Il peut être conclu de ces données qu'outre les directives pour le lancement d'une médication, des directives s'imposent aussi au sujet de l'arrêt d'une médication⁴.

II. Fragilité des personnes âgées

1. Les effets indésirables chez les personnes âgées et la liste de Beers

Beers et al. ont dressé une liste des médicaments à **déconseiller aux personnes âgées**. Cette liste a été établie sur la base de données sur l'efficacité et les effets indésirables des médicaments pour les personnes âgées. Le risque d'utilisation des médicaments de cette liste est plus important que le bénéfice clinique à espérer. D'une part, une liste mentionne des médicaments que les personnes âgées doivent toujours éviter de prendre (ou ne jamais en dépasser une certaine dose) et d'autre part, une liste mentionne des produits à éviter en cas de comorbidité déterminée².

Appliquée aux médicaments remboursables consommés en Belgique par des personnes âgées de plus de 65 ans, cette liste indique qu'en 2012, 22,6 % des bénéficiaires se sont vu prescrire en polymédication ou non un produit qui est déconseillé. Il s'agit en l'occurrence de plus de 450.000 patients qui, tous ensemble, ont utilisé plus de 63 millions de doses journalières pendant un an. Ce pourcentage correspond aux chiffres des Pays-Bas, où il est estimé à 20 %².

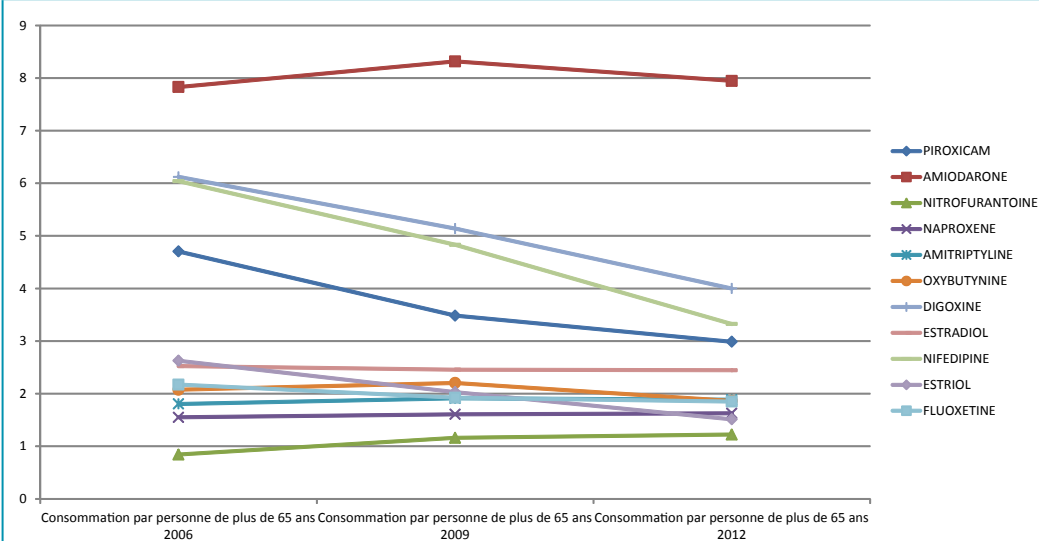
Tableau 2 - Le top 10 des médicaments remboursables de la liste de Beers, utilisés en Belgique en 2012, avec indication du nombre de et du pourcentage de patients (avec leur consommation en mono- ou polymédication)

Code ATC	Principe actif	Nombre de patients	% des bénéficiaires de plus de 65 ans	Nombre DDD
M01AC01	PIROXICAM	125.976	6,3%	5.982.334
C01BD01	AMIODARON	70.461	3,5%	15.910.200
J01XE01	NITROFURANTOINE	57.768	2,9%	2.449.225
M01AE02	NAPROXEN	49.503	2,5%	3.258.164
N06AA09	AMITRIPTYLINE	46.159	2,3%	3.775.359
G04BD04	OXYBUTYNINE	42.129	2,1%	3.730.627
C01AA05	DIGOXINE	41.642	2,1%	8.010.018
G03CA03	ESTRADIOL	24.084	1,2%	4.894.383
C08CA05	NIFEDIPINE	20.352	1,0%	6.655.725
G03CA04	ESTRIOL	14.748	0,7%	3.029.430
N06AB03	FLUOXETINE	14.714	0,7%	3.706.456

Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

2. Tendance dans l'utilisation des médicaments « Beers »

Comparée aux années précédentes, la consommation d'un quatuor de médicaments figurant sur la liste de Beers diminue pour les patients de 65 ans et plus. Tant le nombre de DDD que le nombre de DDD par patient ont diminué depuis 2006 (voir graphique 6). Cela signifie qu'une personne âgée de plus de 65 ans a utilisé en moyenne 31,6 DDD d'un produit figurant sur la liste de Beers en 2012. En 2006, ce nombre moyen était encore supérieur à 40 DDD par patient du même groupe d'âge.

Graphique 6 - Évolution de la consommation (DDD) par patient de 65 ans ou plus par médicament mentionné sur la liste de Beers (top 10) pendant les années 2006, 2009 et 2012


Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

3. La relativité de la liste de Beers

Il existe d'autres approches encore que celle de Beers pour considérer la médication des personnes âgées (critères ACOVE).

Bien que les pourcentages soient significatifs, une application trop stricte de la liste de Beers aurait pour effet un traitement partiel. Comme précisé au début du présent article, l'utilisation de certains médicaments nommés dans la liste est parfois nécessaire malgré des contre-indications relatives.

Un autre risque serait de croire erronément que les produits ne figurant pas dans la liste peuvent être administrés sans danger aux personnes âgées. Ainsi par exemple, les antipsychotiques atypiques ne sont pas mentionnés dans la liste, alors qu'ils présentent de gros risques, surtout pour les personnes âgées et dans certaines affections (ex. maladie de Parkinson, démence, etc.).

La liste de Beers ne vise pas à fixer combien de médicaments inadéquats sont prescrits mais sert plutôt à évaluer de manière critique les médicaments pour personnes âgées². Le présent article aide à se faire une idée de la situation actuelle en Belgique et à suivre d'un œil critique l'utilisation, sans vouloir juger.

III. Références

1. FAGG-AFMPS. Reactie van het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten volgend op recente publicaties die de veiligheid en de werkzaamheid van bepaalde vergunde beschikbare geneesmiddelen in twijfel trekken. (2014).
2. Vingerhoets, RW; van Marum, RJ; Jansen, P. De Beers-lijst als hulpmiddel om ernstige geneesmiddelbijwerkingen bij ouderen te voorkomen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149, 2099–2103 (2005).
3. Vander Stichele RH, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al.; Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR); Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 47A.
4. Farrell, B., Shamji, S., Monahan, A. & French Merkley, V. Reducing polypharmacy in the elderly: Cases to help you “rock the boat”. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC* 146, 243–4 (2013).
5. BCFI. Transparantiefiche . Aanpak van type-2 diabetes. 72 (2008). at <www.bcfi.be>
6. BCFI. Transparantiefiche. Aanpak van urine-incontinentie. 40 (2011). at <www.bcfi.be>
7. Red. Verlenging van het QT-interval en torsades de pointes door geneesmiddelen. *Folia Pharmacotherapeutica* 39, 82–85 (2012).
8. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. 199 (2012). at <www.nhg.org>
9. Lemmens, LC; Weda, M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen; RIVM briefrapport 080027001/2013. 48 (2013).
10. Kojima, G; Bell, C; Tamura, B; Inaba, M; Lubimir, K; Blanchette, PL; Iwasaki, W; Masaki, K. Reducing cost by reducing polypharmacy: the polypharmacy outcomes project. *J Am Med Dir Assoc* 13, 1–11 (2012).
11. Bushardt, R. L., Massey, E. B., Simpson, T. W., Ariail, J. C. & Simpson, K. N. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clinical interventions in aging* 3, 383–9 (2008).
12. 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. *The Israel Medical Association journal : IMAJ* 9, 430–4 (2007).

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service des soins de santé de l'INAMI

Design Graphique : Cellule communication INAMI

Photo: Verpics

Date de publication : Janvier - Février - Mars 2014

Dépôt légal : D/2014/0401/15