

## Trop de *médocs*, c'est comme pas assez ?

Au Québec, l'Institut national de santé publique (INSPQ) brosse un portrait de la polypharmacie chez les aînés (plus de 65 ans) depuis l'an 2000. Dans son dernier rapport, l'INSPQ observe une augmentation, entre 2000 et 2022, de la proportion d'aînés avec une polypharmacie (définie comme l'usage d'au moins 5, 10 ou 15 médicaments)<sup>1</sup>. L'un des dangers possibles de la polypharmacie est l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Ceux-ci sont définis comme tout médicament dont les risques potentiels surpassent les bénéfices attendus chez une population donnée<sup>2</sup>. Il existe plusieurs listes de MPI chez les aînés, la plus connue étant les critères de Beers. Dès 2003, la déprescription fait son apparition dans la littérature dans un journal australien comme une solution à la polypharmacie<sup>3</sup>.

Une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2025 a étudié les impacts cliniques d'interventions de déprescription en soins de première ligne<sup>4</sup>. Celle-ci inclut 118 études randomisées contrôlées (ERC) et 412 417 patients de plus de 65 ans vivant en communauté ou en hébergement de soins de longue durée. Les interventions étaient implicites (revue générale sans cibler de médicaments particuliers) ou explicites (cibler des médicaments en particulier). Les interventions furent réalisées par des pharmaciens dans la majorité des études incluses. Voici les résultats :

- Réduction d'environ 0,5 médicament par patient (43 ERC ; n=16 174 ; différence moyenne standardisée (DMS) -0,25 [IC95% -0,38 à -0,13])
- Pas de différence sur les effets secondaires légers (3 ERC ; n=841 ; RR 0,92 [IC95% 0,58 à 1,46])
- Pas de différence sur le nombre de chutes avec blessure (21 ERC ; n=10 963 ; DMS 0,01 [IC95% -0,12 à 0,14])
- Pas de différence sur la qualité de vie (35 ERC ; n=12 221 ; DMS 0,09 [IC95% -0,04 à 0,23])
- Pas de différence sur le nombre de visites médicales (10 ERC ; n=5 341 ; DMS 0,02 [IC95% -0,02 à 0,07])
- Pas de différence sur le nombre de visites aux urgences (11 ERC ; n=5 853 ; RR 1,02 [IC95% 0,96 à 1,08])
- Pas de différence sur les hospitalisations (22 ERC ; n=57 636 ; RR 0,95 [IC95% 0,89 à 1,02])
- Réduction statistiquement significative des hospitalisations avec des interventions explicites (7 ERC ; n=25 577 ; RR 0,88 [IC95% 0,80 à 0,97])
- Pas de différence sur la mortalité de toute cause (47 ERC ; n=16 682 ; RR 0,94 [IC95% 0,85 à 1,04])

### Notre avis

Cet article nous apprend que les interventions de déprescription peuvent certainement réduire de façon modeste le nombre de médicaments pris par un patient, pourrait légèrement réduire les hospitalisations et entraîne peu ou aucune différence sur l'incidence d'effets secondaires légers, les chutes avec blessure, la qualité de vie, les visites médicales ou aux urgences et la mortalité. La principale limite de cette revue est l'hétérogénéité des études. Dans un monde où l'accès aux soins de santé est difficile, il paraît de plus en plus important de consacrer temps et effort à des interventions avec des bienfaits cliniques importants sur le devenir des patients. Bien qu'il soit toujours une bonne idée de remettre en question la prise de médicaments qui peuvent causer des effets secondaires ou qui semblent inutiles, le nombre de médicaments pris par un patient ne devrait pas primer sur le principe de donner les bons médicaments aux bons patients.

### Références

1. Sirois C, Simard M, Boiteau V. INSPQ. 2025.
2. Bressan C, Caron M, Jantzen R, et coll. INESSS. 2024.
3. Woodward MC. Journal of Pharmacy Practice and Research. 2003;33(4):323-8.
4. Persaud N, Workentin A, Rizvi A, et coll. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2517965.

Rédigé par Julien Charles Prévost, PharmD, MSc.