Prise en charge des patients atteints d'affections multiples en soins primaires

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique

Volume 26 (3), février 2018

INTRODUCTION

La concomitance d'affections chroniques multiples est fréquente en médecine familiale, et les patients concernés ont des besoins particuliers qui peuvent représenter des défis tant pour eux que pour les médecins. La prise en charge et le traitement d'affections multiples exigent une autre approche que les soins axés sur une seule affection. Pour répondre aux besoins des patients atteints d'affections multiples, il est essentiel d'établir la priorité des soins et d'optimiser les traitements.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de faire participer les patients atteints d'affections multiples à la prise de décisions afin de définir et d'élaborer des méthodes répondant spécifiquement à leurs objectifs de soins;
- de pondérer les multiples lignes directrices concernant la pratique et les meilleures données probantes avec les objectifs de soins et les pronostics cliniques afin de favoriser le bien-être et le statut fonctionnel des patients;
- d'organiser les soins en milieu communautaire (au travail, à domicile) et les systèmes de soutien des patients atteints d'affections multiples.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 4

Commentaires des histoires de cas 12

Collaborateurs et déclarations 14

Références bibliographiques 16

Annexes 19

Se reporter aux modules traitant de sujets connexes (offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org)

- « Faire mieux avec moins » (août 2015)
- « Expliquer les données probantes aux patients pour prendre une décision éclairée » (février 2015)
- « Médicaments et personnes âgées » (août 2012)

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Laura, âgée de 82 ans

Laura vit avec son épouse Suzanne, âgée de 77 ans, dans un appartement subventionné. Elle a des antécédents de démence (diagnostiquée il y a trois ans), d'hypertension, de maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes fréquents de pneumonie, de reflux gastro-œsophagien, de dorsalgie chronique résultant d'une blessure professionnelle survenue il y a 40 ans, d'ostéoporose (risque de fracture modéré), d'hypercholestérolémie et de diabète de type 2. Suzanne est la mandataire spéciale de Laura.

Laura est suivie par plusieurs spécialistes, notamment un neurologue, un pneumologue, une clinique de la mémoire et un ophtalmologiste. Elle tombe et se présente au service des urgences fréquemment; à chaque fois, elle passe plusieurs examens (qui ne révèlent rien de particulier) et elle reçoit son congé.

Plusieurs de ces visites au service des urgences donnent lieu à des examens plus approfondis. Ces six derniers mois, les examens suivants ont été recommandés : monitorage Holter pendant 48 heures, ECG, épreuve d'effort, test de déglutition, évaluation pharmacologique gériatrique et angiogramme par IRM. Elle manque souvent ses rendez-vous pour les examens en question. La coordination de ses soins vous demande beaucoup de temps. En fait, il y a quelques jours, après avoir reçu un autre message à son sujet, vous avez fait remarquer à votre réceptionniste que les soins de cette patiente pourraient vous occuper à temps plein.

Vous consacrez la plupart de ses visites à déterminer quels examens ou rendez-vous chez un spécialiste elle a manqués. Après l'avoir vue, il est fréquent que vous ayez pris du retard sur votre journée, mais vous n'êtes pas sûr de vouloir lui réserver plus de temps car il lui arrive de ne pas se présenter, généralement lorsque Suzanne ne parvient pas à la convaincre de venir. Elle est souvent casée entre deux rendez-vous aux fins de suivi après une visite aux urgences ou une brève hospitalisation. Elle fume beaucoup et n'a pas l'intention d'arrêter. Elle vous avoue qu'elle adore ça.

Laura et son épouse sont là pour renouveler ses ordonnances de médicaments. Aujourd'hui, son épouse paraît émaciée. Elle vous dit qu'elle est épuisée car il lui a fallu des heures pour convaincre Laura de se présenter. Il lui a fallu encore plus de temps pour la doucher, la vêtir et la faire sortir. Suzanne se plaint de ne plus avoir de vie, car elle passe son temps à emmener Laura à ses rendez-vous, à lui administrer un médicament ou une inhalation, à tester sa glycémie ou à essayer de lui préparer des repas sains. Elles n'ont pas d'enfants ni d'autres parents. Laura a l'air heureuse et pareille à elle-même. Elle vous dit qu'elle veut seulement rentrer chez elle. Elle ajoute : « J'en ai assez des tests et des médecins… sauf vous, bien sûr », et elle sourit.

Son régime médicamenteux comprend :
Donépézil à 10 mg par voie orale une fois par jour
Risédronate à 35 mg par voie orale une fois par semaine (45 minutes avant un repas) depuis 8 ans
Tiotropium, 1 inhalation par jour
Ventolin, 2 inhalations 4 f.p.j.
Oméprazole à 20 mg par voie orale avant le souper
Hydromorphone à 2 mg par voie orale 4 f.p.j.
Ramipril à 5 mg par voie orale une fois par jour
Acide acétylsalicylique (AAS) à 81 mg par voie orale une fois par jour
Atorvastatine à 40 mg par voie orale après le souper
Trazodone à 25 mg par voie orale au coucher
Gliclazide MR à 60 mg par voie orale une fois par jour
Metformine à 500 mg par voie orale 3 f.p.j.

Analyses de laboratoire :
HbA1c : 0,068
C-LDL : 1,6
TFGe : 50
Les résultats des autres analyses de laboratoire sont compris dans les intervalles normaux.

Pour respecter toutes les prescriptions sur les flacons, Suzanne administre à Laura ses médicaments à sept différents moments de la journée, sans oublier les inhalations. Vous réalisez que ce modèle de soins ne répond ni aux besoins de Laura ni à ceux de son épouse, et qu'il absorbe une grande partie de votre temps, sans forcément procurer de meilleurs résultats à votre patiente. Vous croyez qu'une meilleure approche de soins consisterait à se concentrer sur l'amélioration du bien-être de Laura. Afin de faciliter la prise de décisions, vous calculez son pronostic à long terme au moyen d'un calculateur en ligne dont vous avez entendu parler dans le cadre d'un apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (https://eprognosis.ucsf.edu/index.php). Vous optez pour le calculateur américain (c.-à-d. vous répondez « oui » à la question « Votre patient habite-t-il aux États-Unis? »), car il se rapporte à une population comparable à celle de vos patients. Vous lui posez les questions du calculateur et découvrez qu'étant donné ses comorbidités et ses limites fonctionnelles, sa mortalité à cinq ans est estimée entre 63 % et 70 %.

Quelle mesure prendriez-vous pour essayer de déterminer les objectifs de soins de Laura?

Deuxième partie

Vous discutez des objectifs de soins avec Laura et son épouse. Elles vous disent qu'elles appréhendent les rendez-vous car ceux-ci sont généralement suivis d'autres examens, qui entraînent eux-mêmes d'autres rendez-vous. L'épouse de Laura se sent obligée d'effectuer un suivi après chaque examen, car c'est ce qu'on leur demande de faire. Leurs journées sont remplies par les rendez-vous chez les médecins, les examens et les visites au service des urgences. Il leur faut souvent plusieurs jours pour se remettre de l'impact émotionnel et physique d'une visite au service des urgences. Elles tiennent à avoir une bonne qualité de vie. Elles voudraient pouvoir passer du temps ensemble à regarder la télévision, à manger ou à voir leurs amis et voisins. Laura veut pouvoir fumer. Elle vous dit qu'elle sait qu'elle a des problèmes mais qu'elle se sent bien. Suzanne vous

indique qu'elles ont informé les médecins dans le cadre de nombreuses hospitalisations qu'elles ne voulaient pas de mesures énergiques telles que la RCR, l'intubation ou l'utilisation de sondes d'alimentation.

Comment pourriez-vous simplifier les soins de Laura pour qu'ils répondent à ses besoins? Quels schémas médicamenteux pourriez-vous revoir?

Quels changements pourriez-vous apporter à votre pratique et comment feriez-vous intervenir d'autres professionnels de la santé afin de faciliter les soins de Laura?

Cas numéro 2 : Daniel, âgé de 59 ans

Daniel est un professionnel en technologie de l'information dans une petite entreprise d'experts-conseils en environnement. Vous lui avez demandé de se présenter à votre cabinet car sa pharmacie a envoyé une demande de renouvellement d'ordonnance; après avoir consulté son dossier vous avez réalisé qu'il aurait déjà dû passer certains examens.

Il est atteint des affections suivantes : diabète de type 2, hypertension, fibrillation auriculaire, hypothyroïdie, trouble dépressif majeur, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, apnée obstructive du sommeil et goutte.

D'après le profil du patient, il prend les médicaments suivants :
Lévothyroxine à 100 µg par voie orale une fois par jour
Sitagliptine à 100 mg par voie orale une fois par jour
Metformine à 500 mg par voie orale deux fois par jour
Bupropion XL à 450 mg par voie orale une fois par jour
Citalopram à 20 mg par voie orale au coucher
Hydrochlorothiazide à 25 mg une fois par jour
Allopurinol à 300 mg une fois par jour
Aténolol à 50 mg une fois par jour
Quétiapine à 100 mg par voie orale au coucher
Atorvastatine à 20 mg par voie orale au coucher
Ramipril à 10 mg par voie orale une fois par jour
Warfarine à 5 mg par jour, mais dose ajustée en fonction du RIN mesuré chaque mois

En examinant de plus près la demande du pharmacien, vous avez noté que celle-ci concerne tous ses médicaments à l'exception de l'aténolol et du bupropion.

Analyses de laboratoire (effectuées il y a trois mois) :
HbA1c : 0,092
Cr. : 137
TFGe : 45
ALT : 21
Lipides : C-LDL : 1,21; C-HDL : 0,82, TG : 4,37
TSH : 6,9 (intervalle normal : 0,4-5,0 mU/L)
Rapport albumine/créatinine : 3,1
Analyse d'urine normale sauf pour la glycosurie élevée

Il y a deux mois, son RIN était de 3,4. Vous trouvez dans le dossier une note de votre infirmière indiquant qu'elle a essayé de le joindre pour lui faire part des résultats.

Quels sujets aborderiez-vous avec Daniel lorsqu'il se présentera à son rendez-vous?

Deuxième partie

Daniel se présente au cabinet et commence par vous informer que sa troisième épouse Sandra et lui ont décidé de se séparer. Daniel n'a pas d'enfant. Il avoue ne pas avoir pris ses médicaments régulièrement car c'est Sandra qui remplissait ses dosettes.

Vous aviez l'intention de discuter avec lui des résultats de laboratoire anormaux, mais Daniel poursuit en vous indiquant qu'il s'est senti très déprimé dernièrement et qu'il a du mal à quitter le lit. Il travaille encore mais il a de la difficulté à se concentrer et à rester motivé. Il boit lorsqu'il sort, il ne consomme pas d'autres substances psychoactives et n'est pas suicidaire. Il a mal partout et se demande si c'est à cause de ses médicaments contre le cholestérol; il aimerait essayer d'arrêter de les prendre. Par ailleurs, l'examen de son dossier révèle que son RIN a souvent été en dehors de l'intervalle thérapeutique.

Quelles mesures pourriez-vous prendre par la suite?

Troisième partie : trois semaines plus tard

Après votre discussion il y a quelques semaines, Daniel a repris confiance et se sent motivé; il revient à votre cabinet pour une évaluation plus détaillée. Son humeur semble s'être un peu améliorée et il a pu obtenir un rendez-vous avec un conseiller par l'entremise de son programme d'aide aux employés.

Il vous informe que depuis son dernier rendez-vous, il a consulté son cardiologue pour un suivi. Le cardiologue était « surpris » que vous lui ayez prescrit d'arrêter la statine. Daniel ajoute que le cardiologue lui a recommandé de la reprendre. Il a l'impression que ses douleurs musculaires se sont un peu atténuées pendant les deux semaines où il n'a pas pris la statine. Cela semble lui avoir donné plus d'énergie, et il a pu faire de l'activité physique régulièrement. Sa priorité actuelle est son fonctionnement quotidien.

Comment géreriez-vous cette situation?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Les affections multiples désignent la présence de deux affections médicales chroniques ou plus. Une affection médicale chronique peut être :
   - une affection physique;
   - un problème de santé mentale;
   - un complexe de symptômes (p. ex., état de santé fragile, risque de chute, douleur chronique);
   - une atteinte sensorielle (p. ex., perte de vision ou d'audition);
   - un trouble lié à la consommation de substances psychoactives[1].

2. D'après les résultats d'une étude basée sur les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), 26,5 % des adultes de plus de 40 ans présentent ≥ 2 affections et 10,2 % d'entre eux en présentent ≥ 3[2]. Cependant, ces estimations sont probablement en deçà de la réalité car seuls cinq types de maladies (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies mentales, hypertension et diabète) ont été pris en considération.
   - D'après les résultats d'une autre étude (n = 105 416), le risque d'être atteint d'affections multiples était plus élevé chez les adultes de 65 ans ou plus (35 fois) et chez les adultes dont le statut socioéconomique est inférieur (3,7 fois)[3]. Les affections multiples tendent à se manifester plus tôt (c.-à-d. à l'âge moyen) chez les adultes dont le statut socioéconomique est inférieur[3].
   - Environ le quart des personnes âgées (≥ 65 ans) indiquent avoir reçu un diagnostic concernant au moins trois affections; ces personnes ont effectué au moins trois fois plus de visites médicales que celles qui n'étaient pas atteintes de maladies chroniques[4].

3. La prévalence des affections multiples est beaucoup plus élevée en soins primaires que dans la population générale. L'analyse secondaire d'une étude de cohorte effectuée au Québec visait à comparer les patients des cliniques en soins primaires avec des membres de la population générale pour ce qui était de la prévalence de 21 maladies[5]. Comme le nombre de maladies prises en compte était plus élevé, les estimations de la prévalence des affections multiples étaient plus élevées que celles qui reposaient sur les données du SCSMC. La prévalence des affections multiples était supérieure d'environ 10 % chez les patients des cliniques de soins primaires, par rapport à ceux de la population générale (voir le tableau 1).

Tableau 1. Prévalence des affections multiples en soins primaires par rapport à la population générale (Canada)

	SOINS PRIMAIRES	POPULATION GÉNÉRALE
≥ 2 affections	69,5 %	59,4 %
≥ 3 affections	54,5 %	43,7 %

INCIDENCES DES AFFECTIONS MULTIPLES

4. La capacité des patients à faire face à de multiples maladies chroniques repose sur un équilibre entre le *fardeau d'exigences* imposé par leur maladie et leurs traitements, et leur *aptitude* (capacités personnelles, ressources, volonté) à répondre à ces exigences. Un lourd fardeau au regard de leur aptitude peut perturber leurs soins, les inciter à se soigner eux-mêmes et entraîner de mauvais résultats de santé[6].

Fardeau d'exigences pour les patients

5. Le fardeau d'exigences pour les patients englobe les contraintes auxquelles ils font face sur une base quotidienne, notamment quant à la prise en charge de leurs maladies chroniques et à la gestion de leur travail, de leurs obligations familiales, de leurs aidants, des déplacements pour leurs rendez-vous et de la prise des médicaments.

6. Les professionnels de la santé peuvent alourdir le *fardeau thérapeutique* et augmenter ainsi le poids des exigences pour les patients. Ce fardeau peut comprendre :
   - les conséquences de rendez-vous multiples avec des prestataires de soins primaires et des spécialistes (p. ex., temps et planification requis);
   - des ordonnances et des directives multiples concernant l'administration des médicaments (p. ex., moment de la journée, avec ou sans aliments)[7];
   - des difficultés liées à l'emploi des médicaments (p. ex., contenants difficiles à ouvrir, comprimés minuscules, incapacité à déterminer si un comprimé a déjà été pris);
   - un fardeau thérapeutique non pharmacologique (p. ex., régime alimentaire restrictif, programmes d'exercice, programmes d'abandon du tabagisme)[8].

   Le fardeau thérapeutique peut affecter la capacité du patient à suivre un plan thérapeutique. L'intensification d'un traitement peut en fait accentuer les problèmes plutôt que les régler[9].

Capacités des patients

7. Les capacités des patients désignent leur capacité à soutenir le fardeau d'exigences. Les capacités peuvent être réduites en raison du *fardeau de la maladie,* c'est-à-dire les symptômes incommodants (p. ex., fatigue, stress, dépression) d'une maladie chronique. La présence de maladies chroniques multiples est associée à une anxiété et à une dépression accrues, ce qui réduit les capacités d'un patient à faire face à ses maladies[10-12]. Les incapacités et les restrictions physiques (p. ex., douleur, fatigue, incapacité à faire de l'exercice, effets secondaires des médicaments) peuvent aussi affecter les capacités d'un patient à gérer ses soins[13].

8. Les patients signalent d'autres obstacles qui entravent leur capacité à prendre en charge efficacement leur santé : contraintes financières, difficultés d'accès aux prestataires de soins de santé ou problèmes de communication avec eux, soutien familial et social insuffisant, problèmes d'organisation (p. ex., transport inadéquat) et méconnaissance des ressources disponibles[13].

APPROCHE EN MATIÈRE DE SOINS AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS MULTIPLES

9. En présence d'affections multiples, l'approche de soins consiste à réduire le fardeau d'exigences pour le patient et à renforcer ses capacités afin de favoriser son bien-être et possiblement d'améliorer ses résultats (voir l'annexe 1)[6].
   - On peut alléger le fardeau d'exigences en interrompant les traitements ayant des avantages limités ou présentant un risque accru d'effets indésirables, en optant pour des interventions non pharmacologiques lorsqu'elles sont indiquées, en déterminant quels spécialistes sont absolument nécessaires, et en réorganisant les soins afin d'optimiser les rendez-vous[8].
   - Le renforcement des capacités du patient peut consister à répondre aux préoccupations de santé physique et mentale, à planifier les soutiens sociaux et à faciliter les déplacements[6].

10. Une approche adaptée aux affections multiples est particulièrement importante chez les patients présentant les caractéristiques suivantes :
    - difficulté à prendre en charge leurs traitements ou leurs activités quotidiennes;
    - soins prodigués par des services multiples;
    - soins imprévus ou urgents fréquents;
    - ordonnances multiples de médicaments à administrer régulièrement (≥ 15 médicaments, ou 10-14 médicaments et risque d'effets indésirables).

    [Ligne directrice du NICE, preuves de qualité faible à modérée][1,8]

Favoriser les soins axés sur le patient et les prises de décisions conjointes

11. La prise de décisions conjointes désigne « une approche où les cliniciens et les patients envisagent ensemble les meilleures données probantes disponibles au moment de prendre des décisions, et où les patients sont soutenus lorsqu'ils doivent soupeser les options et exprimer une préférence éclairée »[14]. Les recherches indiquent que la prise de décisions conjointes est associée à plusieurs résultats positifs comme la satisfaction des patients à l'égard de leurs soins, la confiance en soi et les aptitudes en matière de soins personnels[15].

12. Un nouveau modèle a été proposé pour servir de cadre aux cliniciens dans la prise de décisions conjointes[14]. Ce cadre comprend trois étapes :
    a) discussion concernant le choix – s'assurer que les patients sachent de quelles options raisonnables ils disposent;
    b) discussion concernant les options – offrir de l'information plus détaillée sur les options;
    c) discussion concernant la décision – aider à déterminer les préférences afin de décider laquelle est meilleure.

13. Poser aux patients les questions suivantes au début d'une visite pourra les aider à établir leurs priorités : « Qu'est-ce qui compte le plus pour vous? », « Qu'est-ce qui vous dérange le plus? », « Sur quoi voulez-vous que nous nous concentrions aujourd'hui? ». Le prestataire de soins de santé peut axer la prise de décisions conjointes sur les questions qui importent le plus au patient.

14. Il est particulièrement important de discuter avec les patients atteints de maladies chroniques évolutives de leurs objectifs, de leurs valeurs et de leurs priorités personnelles. Il est possible que les patients veuillent conserver leur autonomie, prendre part à des activités importantes pour eux, prévenir des issues indésirables précises (p. ex., AVC), atténuer les effets indésirables des médicaments, diminuer le fardeau thérapeutique ou vivre plus longtemps[1]. La discussion doit faire place aux questions concernant la contribution de la famille du patient à ses soins et le degré de soutien qu'elle peut lui offrir. Le tableau 2 récapitule certains exemples de questions à poser pour faciliter cette discussion.

Tableau 2. Guide de conversation permettant d'établir ce qui est important et de fixer des objectifs de soins[16,17]

Pour de l'information concernant :	Exemples de questions :
La compréhension de la maladie/du pronostic	• Savez-vous à quel stade de votre (vos) maladie(s) vous êtes? • En général, trouvez-vous utile de connaître les chiffres ou les statistiques concernant votre maladie?
Les valeurs/priorités	• Quand vous pensez à l'avenir, qu'est-ce qui est important pour vous?
Les objectifs	• Si votre état de santé s'aggrave, quels sont vos objectifs les plus importants? • Quels sont vos espoirs et vos objectifs personnels pour ce qui est de composer avec votre (vos) maladie(s)?
Les craintes/ inquiétudes	• Qu'est-ce que vous craignez ou qu'est-ce qui vous inquiète le plus quant à l'avenir?
Le fonctionnement	• Quelles capacités sont importantes pour vous au point de ne pouvoir imaginer vivre sans elles?
Les inconvénients	• Si l'une de vos maladies s'aggravait, qu'êtes-vous prêt à supporter pour augmenter vos capacités fonctionnelles ou gagner du temps *(ou tout autre élément auquel le patient attache de l'importance)*?
La famille	• Y a-t-il des membres de votre famille que vous souhaitez voir participer à vos soins? • Que sait votre famille au sujet de vos priorités et de vos souhaits? • Dans quelle mesure votre famille peut-elle vous aider?

15. Il est important de savoir reconnaître quand un patient doit prendre une décision « axée sur des préférences » (c.-à-d. une décision pouvant reposer en grande partie sur ses préférences). Les décisions axées sur les préférences concernent :
    - les traitements susceptibles de soulager une maladie, mais d'en aggraver une autre;
    - les traitements susceptibles d'être bénéfiques à long terme, mais nuisibles à court terme;
    - des médicaments ou approches thérapeutiques ayant à la fois des effets bénéfiques et des effets nuisibles[18].

    Établir des objectifs de soins avec le patient permettra de prendre plus aisément ce type de décisions.

16. La capacité à consentir peut être problématique lorsqu'il s'agit d'aborder les objectifs de soins et de prendre des décisions avec les patients concernant leur traitement. En général, comme pour toutes les interventions de soins de santé, « il existe une présomption en droit suivant laquelle un patient a la capacité de consentir à un examen et à un traitement à moins qu'il y ait des motifs raisonnables de croire autrement »[19]. L'aptitude peut varier avec le temps et dépend d'une décision en particulier dans le sens où un patient peut être en mesure de prendre une décision mais pas une autre. Les lois concernant la capacité à donner son consentement varient selon les provinces. Si la capacité à consentir pose problème, l'outil ACE (Aid to Capacity Evaluation) peut être utilisé de manière systématique pour l'évaluer (offert en ligne en anglais à l'adresse : http://www.jcb.utoronto.ca/tools/documents/ace.pdf).

17. Les discussions concernant les objectifs de soins et les effets bénéfiques ou nuisibles des traitements peuvent conduire à aborder la planification préalable des soins. « Parlons-en » est une ressource à l'intention des patients et des familles visant à faciliter cette conversation. Il est possible de télécharger ou de remplir en ligne un carnet permettant d'établir un plan de soins (offert en ligne à l'adresse : http://www.planificationprealable.ca).

Élaborer un plan de prise en charge personnalisé

18. Après avoir discuté des objectifs de soins du patient et déterminé son fardeau d'exigences et ses capacités, on pourra élaborer un plan de prise en charge personnalisé en commun accord avec lui[8]. L'annexe 2 présente un modèle de planification. La planification peut comprendre :
    - un résumé des objectifs de soins;
    - une liste des schémas médicamenteux ou des traitements non pharmacologiques à entamer, à interrompre ou à modifier;
    - les rendez-vous prioritaires chez les professionnels de la santé;
    - une liste des fournisseurs de soins faisant partie de l'équipe de soins du patient (en incluant les proches que le patient souhaite voir contribuer à ses soins);
    - l'affectation de la responsabilité à un prestataire de soins de santé qui agira comme coordonnateur des soins (en général, le médecin de famille);
    - les mesures à prendre ou les commentaires que le patient veut inclure;
    - un calendrier de suivi relatif à l'examen des décisions et des effets des modifications sur le patient.

19. Consigner le plan de prise en charge personnalisé dans le dossier de santé électronique du patient. Un exemplaire peut être remis au patient (et aux proches, selon le cas). Envoyer une copie aux autres fournisseurs de soins membres de l'équipe soignante pour faciliter la communication et la coordination des soins.

20. Envisager d'envoyer la planification aux spécialistes. Lorsque plusieurs spécialistes contribuent aux soins des patients, les médecins de famille peuvent se heurter à des problèmes de communication moins qu'optimale concernant la justification des traitements[7,20]. Cette fragmentation des soins peut occasionner des difficultés logistiques et des visites additionnelles inutiles pour le patient[21]. Chez les patients âgés pour lesquels c'est indiqué, une évaluation gériatrique, le cas échéant, peut être utile pour aider le médecin de famille à élaborer un plan de prise en charge coordonné; toutefois, les preuves des bienfaits d'une telle évaluation sont mitigées[22].

DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRESTATION DE SOINS AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS MULTIPLES

Commentaire de l'examinateur :
En général, soigner les patients atteints d'affections multiples suppose d'accepter l'hétérogénéité des stratégies de prise en charge. Dans la plupart des cas, de multiples options peuvent être considérées comme acceptables et doivent être personnalisées en fonction de chaque patient. Cette approche aura des répercussions pour les décideurs et les administrateurs, notamment en ce qui concerne les systèmes de rémunération à l'acte et la conformité aux directives de traitement.

Interprétation des lignes directrices et des données probantes

21. En général, les recommandations des lignes directrices sont fondées sur les données probantes issues d'études portant sur des maladies uniques. Les sujets de ces études ne sont généralement pas représentatifs des patients atteints d'affections multiples (qui sont souvent exclus des études cliniques), si bien qu'il faut un excellent jugement clinique pour déterminer si ces recommandations s'appliquent au cas en présence[21]. Il est possible que les patients atteints d'affections multiples tirent moins d'avantages cliniques d'un traitement que les patients atteints d'une seule maladie, et ils s'exposent à un risque accru d'effets indésirables du fait des interactions entre les médicaments et les affections[8]. Plutôt que de suivre les recommandations des lignes directrices applicables aux maladies uniques, une approche prometteuse se propose d'axer les interventions sur :
    - les facteurs de risque particuliers communs aux différentes comorbidités (p. ex., proposer d'arrêter de fumer);
    - les difficultés fonctionnelles générales auxquelles font face les patients (p. ex., proposer la physiothérapie)[1,7].

22. Une qualité essentielle dans la prise en charge des patients atteints d'affections multiples consiste à savoir interpréter et appliquer efficacement les données probantes. Le module intitulé « Expliquer les données probantes aux patients pour prendre une décision éclairée » publié en 2015 (offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org) indique comment interpréter les preuves et aborder les risques et les avantages d'un traitement avec les patients. Bien que les cliniciens puissent estimer que seuls certains effets indésirables l'emportent sur les avantages prévus d'un traitement, en général, ils ont tous beaucoup d'importance pour les patients[23]. L'annexe 3 présente de l'information sur les risques et les avantages de certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies courantes chez les patients atteints d'affections multiples.

23. Il est important de déterminer si les résultats d'un essai sont importants pour le patient. Les essais cliniques reposent souvent sur des indicateurs de substitution (p. ex., DMO ou résultats d'un test cognitif) plutôt que sur des résultats axés sur le patient (p. ex., fracture de la hanche ou hospitalisation dans un établissement de soins de longue durée).

24. Le *délai précédant le bienfait* (DPA) est une mesure du « temps nécessaire pour qu'une population constate l'avantage prévu du traitement »; ce délai peut être plus pertinent chez un patient atteint d'affections multiples que l'ampleur de l'effet du traitement (p. ex., ratio interventions/bénéfices [RIB]). Il est important de se rappeler que le DPA peut varier selon le risque initial, et peut aussi s'avérer plus long si les essais sont de plus petite envergure[24].
    - Évaluer le DPA (et le délai précédant l'effet nuisible) par rapport à l'espérance de vie du patient au moment de passer en revue les traitements. Par exemple, le DPA pour une maîtrise stricte de la glycémie en présence d'un diabète sucré est d'au moins huit ans. Choisir avec soin et Diabète Canada recommandent un taux cible d'HbA1c compris entre 7,0 et 7,5 % chez les patients âgés en bonne santé, mais entre 8,0 et 8,5 % chez les patients atteints d'affections multiples dont l'espérance de vie est inférieure à cinq ans[25,26]. De même, les interventions préventives (p. ex., mammographie, coloscopie) peuvent avoir un DPA plus long que l'espérance de vie du patient, ce qui ne fera qu'alourdir le fardeau thérapeutique du patient.

Évaluation du pronostic

25. L'intégration du pronostic dans la prise de décisions peut contribuer à hiérarchiser les diverses mesures d'un plan de soins et éclairer les décisions en matière de traitement[18]. Cependant, il est difficile de déterminer le pronostic et l'évolution d'une maladie. Les cliniciens doivent garder à l'esprit que chaque patient est un individu et que de nombreux facteurs en dehors de ceux qui entrent dans le calcul de ces indices peuvent influer sur le pronostic d'un patient. Plusieurs outils peuvent être utiles sur le plan clinique :
    - L'outil « ePrognosis » (https://eprognosis.ucsf.edu/index.php) est un répertoire d'outils publiés offrant aux cliniciens de l'information fondée sur des données probantes concernant le pronostic des personnes âgées non atteintes d'une maladie dominante en phase terminale, ainsi que des recommandations en matière de dépistage du cancer fondées sur les caractéristiques du patient.
    - L'indicateur de pronostic « Gold Standards Framework » permet de reconnaître les patients en fin de vie (http://www.goldstandardsframework.org.uk/PIG)[27].
    - L'état de santé fragile peut aussi influer sur le pronostic des patients atteints d'affections multiples. Il est possible d'évaluer cet aspect au moyen de l'échelle de fragilité clinique, « Clinical Frailty Scale » (voir le module de 2015 intitulé « Faire mieux avec moins », offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org). Plus le score d'un patient est élevé sur l'échelle, plus le risque de mortalité à moyen terme augmente[28].

26. Pour les patients atteints d'une maladie dominante en phase terminale telle que la démence de stade avancé, le cancer ou l'insuffisance cardiaque, il convient d'utiliser des indices pronostiques spécialement conçus à ces fins (voir les liens dans l'outil ePrognosis).

Déprescription des médicaments

27. La déprescription est le processus planifié et supervisé de diminution des doses ou d'arrêt des médicaments qui ne procurent plus nécessairement d'avantages aux patients ou qui ont des effets nuisibles sur eux. La déprescription peut aussi consister à remplacer un médicament par un autre[29]. Au Canada, les personnes âgées atteintes de trois maladies ou plus prennent en moyenne six médicaments sur ordonnance. L'utilisation de cinq médicaments sur ordonnance ou plus est associée à une augmentation des effets secondaires nécessitant une consultation médicale (13 % pour ≥ 5 médicaments par rapport à 6 % pour 1-2 médicaments)[4]. Le tableau 3 présente plusieurs ressources de déprescription susceptibles d'orienter les plans personnalisés axés sur les patients visant à optimiser les pharmacothérapies.

28. L'analyse des effets des médicaments et la déprescription doivent être envisagées dans certaines situations[30] :
    - Chutes
    - Immobilité
    - Confusion
    - Déclin des capacités fonctionnelles

29. Pour optimiser le traitement, il convient de discuter avec le patient des manières dont ses traitements peuvent lui être utiles ou lui nuire. Le traitement qui ne soulage pas les symptômes ou qui a des effets nuisibles est celui qu'on peut interrompre ou dont on peut réduire la dose en premier. Il est également important de considérer les traitements qui peuvent être bénéfiques et être instaurés[8], et d'envisager de prescrire ou de passer à des médicaments aux schémas posologiques réguliers et à l'emballage pratique. S'il existe des associations médicamenteuses en comprimés ou en inhalateurs, envisager de les prescrire pour faciliter les traitements. Discuter des options facilitant la gestion de la pharmacothérapie (p. ex., système de rappel) et favorisant l'observance du patient[18].

Conseil pour la discussion :
Discuter de l'arrêt de la pharmacothérapie en utilisant une formulation positive. Par exemple, dites « Ce médicament ne vous aidera pas à vivre plus longtemps » plutôt que « Il se peut que vous ne viviez pas assez longtemps pour bénéficier de ce médicament ».

30. Dans le cadre d'une étude qualitative menée en Nouvelle-Zélande, des médecins de famille ont distingué divers obstacles à la déprescription, à savoir :
    - une culture médicale et des attentes des patients axées sur la prescription de médicaments comme mode de résolution des problèmes;
    - paraître négligent aux yeux des collègues (p. ex. patient qui subit une crise cardiaque après avoir adopté une déprescription du traitement par une statine, de la manière indiquée);
    - paraître insensible aux yeux des patients (p. ex., patient qui se sent ignoré à cause de son âge);
    - facteurs organisationnels : contraintes de temps, échange d'information insuffisant entre les prescripteurs, lignes directrices multiples, pas d'accès à des options non pharmacologiques.

    Le devoir de « faire ce qui est bon pour le patient » était le seul motif de déprescription énoncé[31].

31. Les facteurs considérés comme favorisant la déprescription, d'après les suggestions avancées dans la même étude, étaient notamment :
    - financement ciblé des revues annuelles de médicaments;
    - alertes informatiques rappelant aux prescripteurs d'envisager la déprescription;
    - accès facile à des conseils d'experts en matière de gestion des médicaments et des directives concernant la prise en charge des comorbidités courantes;
    - outils de communication des risques aux patients;
    - feuillets destinés aux patients concernant les avantages de la déprescription[31].

32. Certaines études ont comparé les effets respectifs de l'arrêt et de la poursuite d'une pharmacothérapie :
    a) *Traitement antihypertenseur :* Dans le cadre d'une étude comparative randomisée, aucune différence significative n'a été observée quant au taux d'IM non mortel chez les patients atteints d'hypertension légère (définie par une tension artérielle diastolique comprise entre 90 et 109 mm Hg) qui ont arrêté le traitement, comparativement à ceux qui l'ont poursuivi[32] [preuves de niveau faible]; il en était de même pour le taux de mortalité cardiovasculaire dans le cadre de deux études comparatives randomisées[32,33] [preuves de niveau faible]. L'hypertension est réapparue plus souvent

dans le groupe ayant arrêté le traitement [deux études comparatives randomisées[32,33]; preuves de niveau modéré]. D'après le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), les données probantes sont insuffisantes pour qu'il soit possible de formuler une recommandation précise concernant l'arrêt des antihypertenseurs[8].

b) *Statines :* Les données probantes concernant l'arrêt des statines se limitent aux résultats d'une étude comparative randomisée (n = 189) à courte durée de suivi (moyenne : 18 semaines) menée auprès de patients atteints d'une maladie de stade avancé limitant leur espérance de vie[34]. Lors de cette étude, l'arrêt des statines a été associé à une meilleure qualité de vie. D'après le NICE, les cliniciens doivent user de leur jugement et étudier la nature et la gravité de la maladie cardiovasculaire du patient avant d'envisager d'arrêter le traitement par des statines[8]. Les données probantes à l'appui de l'utilisation des statines dans le cadre de la prévention primaire chez les personnes âgées sont limitées[35-37].

c) *Bisphosphonates :* Deux études comparatives randomisées (n = 1 099, n = 1 233) menées auprès de femmes ménopausées indiquent qu'après trois à cinq ans de traitement, l'arrêt des bisphosphonates n'augmente pas nécessairement le risque de fracture *non vertébrale* après un suivi additionnel de trois à cinq ans (voir le module intitulé « Ostéoporose : difficultés liées à la prise en charge » publié en mai 2017 [offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org])[38,40]. Les patients présentant un risque élevé ou des antécédents de fracture de fragilisation ne sont généralement pas considérés comme candidats aux fenêtres thérapeutiques des bisphosphonates[43,44]; toutefois, certaines données probantes issues d'une étude de cohorte récente indiquent que le risque de fractures cliniques augmente après dix ans de traitement continu par des bisphosphonates (RR : 1,29, IC à 95 % : 1,07-1,57) chez les femmes âgées[45]. Au moment d'aborder l'arrêt du traitement, il convient de tenir compte du choix des patients, de leur risque de fractures et de leur espérance de vie[43].

d) *Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) :* Le Réseau canadien pour la déprescription recommande la déprescription des IPP (c.-à-d. diminuer la dose quotidienne, arrêter, remplacer par une utilisation au besoin, ou par un ARH_2) chez les adultes présentant des symptômes gastro-intestinaux hauts, qui ont terminé un traitement d'au moins quatre semaines et obtenu la résolution de ces symptômes (forte recommandation, preuves de niveau faible)[29]. Cette recommandation ne s'applique pas aux patients présentant un œsophage de Barrett ou une œsophagite grave, ou à ceux ayant des antécédents avérés d'ulcères gastro-intestinaux hémorragiques.
   - L'utilisation des IPP a été associée à des effets nuisibles, et notamment à un risque accru de fractures[46], de pneumonie[47] et d'infection à *Clostridium difficile*[48].
   - Les symptômes sont réapparus plus souvent chez les patients qui prenaient des IPP au besoin (RR : 1,71, IC à 95 % : 1,31-2,21; ratio interventions/préjudices [RIP] : 14 à six mois) et qui ont remplacé l'IPP par un ARH_2 (RR : 1,92, IC à 95 % : 1,44-2,58; RIP : 5 à six mois), que chez ceux qui ont pris des IPP continuellement[29,49].
   - Il a été établi qu'une brochure d'information et une conversation avec un pharmacien étaient utiles dans le cadre de ce processus[50].

33. Un examen systématique de 2016 (4 études comparatives randomisées, n = 1 925) a révélé que l'utilisation de l'outil de déprescription STOPP-START réduisait le nombre d'ordonnances de médicaments potentiellement inappropriées[51]. Les résultats cliniques variaient selon les études. Lors d'études comparatives randomisées uniques, l'utilisation de l'outil STOPP-START (https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/213/2812233#cited-by) a été associée à un nombre inférieur de chutes, de visites aux services d'urgence et d'épisodes de delirium. D'après les résultats d'une étude comparative randomisée, l'utilisation de l'outil STOPP-START était associée à une plus courte hospitalisation, mais une autre étude n'a fait état d'aucune différence. Aucun effet n'a été observé quant à la qualité de vie, aux réhospitalisations et à la mortalité[51].

34. Après toute modification du traitement, il est important d'effectuer un suivi auprès du patient et d'évaluer l'impact sur le bien-être du patient avant de décider d'apporter d'autres changements. Les autres modifications peuvent consister à décider d'arrêter, de remplacer ou de reprendre la pharmacothérapie[8].

Tableau 3. Outils pour la déprescription

Outil	Description	Adresses URL
Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD)	• Lignes directrices/algorithmes fondés sur des données probantes en vue de la déprescription des IPP, des antihyperglycémiants, des benzodiazépines et des antipsychotiques.	http://deprescribing.org/fr/
Ressource en matière de déprescription destinée aux patients (Réseau canadien pour la déprescription)	• Fiche d'information sur la déprescription • Feuillets destinés aux patients concernant l'arrêt de médicaments précis • Guide pour l'amorce d'une conversation avec le médecin concernant les médicaments	https://www.deprescribingnetwork.ca/fra
MEDSTOPPER	• Site Web interactif dans lequel le prestataire de soins de santé peut saisir les médicaments des patients • Présente la liste des RIB, des risques d'effets nuisibles; remarques relatives aux critères STOPP-START ou aux critères de Beers • Énumère les médicaments en fonction des priorités liées à l'arrêt du traitement • Offre des conseils spécialisés pour les personnes âgées de santé fragile	http://medstopper.com
Base de données relatives aux effets des traitements du National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	• Comprend les médicaments servant au traitement de 11 affections courantes souvent concomitantes • Présente le risque initial, le risque relatif, le RIB, la variation du risque absolu, l'effet pour 1 000 patients traités, et des détails sur les populations des études	https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources Cliquer sur « Database of Treatment Effects » (nécessite un chiffrier électronique comme Excel)
« Faire mieux avec moins » (module publié en août 2015)	• Annexes concernant : ○ Méthode graduelle pour la revue périodique des médicaments ○ Extrait de la liste de médicaments de l'outil STOPP	Offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org

Organisation de la pratique

35. Très peu de recherches ont permis d'évaluer la méthode optimale d'organisation des soins primaires pour les patients atteints d'affections multiples. Quelques études ont évalué le recours au télémonitorage (c.-à-d. la mesure à distance du poids et des signes vitaux), mais les données probantes sont insuffisantes pour qu'il soit possible de formuler une recommandation à cet égard[8].

36. Les prestataires de soins primaires jouent un rôle important dans la continuité des soins prodigués aux patients atteints d'affections multiples. Les consultations habituelles de 10 à 15 minutes conçues pour aborder un seul problème de santé limitent la marge de manœuvre des prestataires de soins de santé qui doivent s'occuper de multiples maladies chroniques[7]. Dans le monde entier, les médecins de famille se plaignent du manque de temps comme d'un obstacle aux soins chez cette population de patients[52], ce qui peut leur donner le sentiment d'être débordés et de ne pas être à la hauteur dans la pratique clinique[20].
    - Planifier des rendez-vous plus longs à la fin d'une demi-journée clinique peut alléger les contraintes de temps.
    - Les rendez-vous périodiques permettent au prestataire de soins de santé d'effectuer un suivi régulier et de traiter les problèmes à mesure qu'ils se présentent.
    - Les visites à domicile constituent une autre modalité de soins possible.

- Les modèles de réforme des soins primaires (qui délaissent la rémunération à l'acte) permettent aux médecins de consacrer plus de temps aux soins des patients atteints d'affections multiples.

37. Faire intervenir d'autres membres de l'équipe de soins peut contribuer à l'utilisation la plus efficace possible du temps des médecins. En effet, les revues des médicaments, la mesure des signes vitaux et l'évaluation du statut fonctionnel peuvent être effectuées par des pharmaciens, des infirmières praticiennes ou des ergothérapeutes locaux, selon le cas[7].

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Établir les valeurs, les priorités, les objectifs et le pronostic du patient atteint d'affections multiples et s'en servir pour orienter les prises de décisions conjointes et les discussions.
- S'efforcer de diminuer le fardeau des exigences pour les patients (en tenant compte de la fréquence des rendez-vous, du nombre de médecins à consulter, du nombre de médicaments et des horaires) et d'améliorer leurs capacités (en tenant compte de leur santé mentale, de leur fonctionnement physique, de leur mode de transport et de leurs finances).
- Élaborer un plan de soins avec le patient et les membres de l'équipe de soins, en incluant un calendrier de suivi, le consigner et le leur communiquer.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Laura, âgée de 82 ans

Quelle mesure prendriez-vous pour essayer de déterminer les objectifs de soins de Laura?

Vous pourriez entamer une conversation concernant les objectifs de soins en demandant à Laura ce qui est important pour Suzanne et elle à ce stade de leur vie (Renseignements généraux, points 12, 13). Certaines questions simples pourraient faciliter l'amorce de la discussion (tableau 2) : Que souhaite Laura? Qu'espère-t-elle? Qu'est-ce qui donne un sens à sa vie? Il serait important de savoir ce que Laura souhaite et ce à quoi elle tient afin de hiérarchiser ses soins (p. ex., durée de vie, qualité de vie, fonctionnement quotidien, maintien de l'autonomie). Quel compromis serait-elle prête à faire? Il serait également important de se faire une idée des sentiments et capacités de l'épouse de Laura, car elle joue un rôle important dans ses soins et qu'elle est sa mandataire spéciale (Renseignements généraux, point 14).

Deuxième partie

Comment pourriez-vous simplifier les soins de Laura pour qu'ils répondent à ses besoins? Quels schémas médicamenteux pourriez-vous revoir?

Laura et Suzanne croient peut-être avoir besoin d'une autorisation pour refuser certains des examens et consultations de spécialistes recommandés. Vous pourriez informer le couple au sujet de la planification préalable des soins et effectuer un suivi à la prochaine visite (Renseignements généraux, point 17). Vous pourriez déterminer quels spécialistes sont nécessaires (Renseignements généraux, points 9, 18).Compte tenu de la stabilité des maladies et des objectifs de soins de Laura, vous pourriez lui suggérer de continuer à ne consulter que l'ophtalmologiste.

Vous pourriez rassurer Suzanne en lui indiquant qu'elle n'a pas besoin d'effectuer les mesures au glucomètre et qu'elle peut assouplir le régime alimentaire de Laura compte tenu de son âge, de ses comorbidités et de ses objectifs de soins (Renseignements généraux, points 6, 9).
Médicaments : Il conviendrait d'entamer le processus de déprescription des médicaments qui ont des effets nuisibles manifestes ou qu'il sera facile d'arrêter (Renseignements généraux, point 29). En ce qui concerne Laura, vous pourriez envisager les approches suivantes :

- Gliclazide : Étant donné la maîtrise stricte de son taux d'HbA1c et ses chutes fréquentes, elle connaît peut-être des épisodes d'hypoglycémie sans le savoir. Elle pourrait probablement arrêter ce médicament (Renseignements généraux, point 24).
- Atorvastatine : Elle peut cesser de prendre ce médicament compte tenu de l'absence de données probantes quant à l'utilisation des statines pour la prévention primaire chez les personnes âgées (Renseignements généraux, point 32b).
- Risédronate : Compte tenu de la durée de son traitement par ce médicament (huit ans) et du fait qu'elle n'a pas subi de fractures, elle peut probablement arrêter le risédronate (Renseignements généraux, point 32c). Cependant, il faudrait en discuter avec le couple, car Laura présente encore un risque de fractures du fait de ses chutes fréquentes.

Il faudrait évaluer l'état de Laura après l'arrêt de ces traitements avant d'en déprescrire d'autres (Renseignements généraux, point 34). Le donépezil, l'oméprazole, l'hydromorphone, l'AAS et la trazodone peuvent tous faire l'objet d'une réévaluation graduelle. De plus, il serait utile de savoir quand Laura prend ses médicaments. On pourrait réduire le fardeau thérapeutique en lui faisant mettre ses médicaments dans des plaquettes alvéolaires et en limitant autant que possible les heures d'administration (Renseignements généraux, points 6, 29).

Quels changements pourriez-vous apporter à votre pratique et comment feriez-vous intervenir d'autres professionnels de la santé afin de faciliter les soins de Laura?

Vous pourriez modifier les heures de ses rendez-vous (p. ex., la voir à la fin d'une demi-journée) pour être en mesure de lui offrir les soins voulus sans vous soucier des retards. Vous pourriez aussi envisager des rendez-vous périodiques mensuels, parfois même à son domicile (Renseignements généraux, point 36). Certains aspects de ses soins (p. ex., revue des médicaments, signes vitaux, vérification de la glycémie) pourraient être pris en charge par d'autres fournisseurs de soins de santé avant sa visite, le cas échéant (infirmières praticiennes, pharmaciens locaux). Vous pourriez aussi planifier la visite d'un ergothérapeute afin qu'il évalue la sécurité à domicile et les risques de chute (Renseignements généraux, point 37).

Cas numéro 2 : Daniel, âgé de 59 ans

Quels sujets aborderiez-vous avec Daniel lorsqu'il se présentera à son rendez-vous?

Vous pourriez vérifier si Daniel prend ses médicaments de la manière prescrite, étant donné que le pharmacien n'a pas demandé de renouveler tous ses médicaments. Si c'est le cas, vous pourriez discuter du fardeau d'exigences et de la capacité de ce patient, en tenant compte des obstacles à l'observance de la pharmacothérapie et de la nécessité de surveiller son RIN (Renseignements généraux, points 4, 6). Des plaquettes alvéolaires seraient-elles utiles (Renseignements généraux, points 6, 29)? Ses médicaments ont-ils des effets secondaires? Vous pourriez aussi discuter de ses résultats de laboratoire anormaux (p. ex. RIN élevé, taux élevé d'HbA1c, taux élevé de TSH).

Deuxième partie

Quelles mesures pourriez-vous prendre par la suite?

La santé mentale de Daniel sera probablement votre principale préoccupation pendant cette visite, même s'il a plusieurs problèmes de santé. La prise en charge de son humeur et la simplification de son régime médicamenteux pourraient favoriser l'observance (en augmentant ses capacités et en allégeant le fardeau d'exigences, respectivement), ce qui pourrait améliorer son RIN, son taux d'HbA1c et son taux de TSH (Renseignements généraux, point 9). Il prend plusieurs antipsychotiques à dose élevée; il faudrait peut-être réévaluer ce schéma médicamenteux. Vous pourriez l'orienter chez un psychiatre en l'avertissant que les délais d'attente peuvent être longs. Il conviendrait de planifier un autre rendez-vous plus long pour évaluer de manière approfondie sa santé mentale (Renseignements généraux, point 36), et aborder notamment les ressources en santé mentale à sa disposition comme le programme d'aide aux employés.

Lors de cette visite, il serait utile de discuter des objectifs de soins de Daniel et de ses attentes actuelles afin que vous puissiez hiérarchiser ses traitements médicamenteux du point de vue des risques et des avantages (Renseignements généraux, points 13, 14, 29). Daniel est très incommodé par ses douleurs musculosquelettiques. L'information présentée par un site Web tel que www.medstopper.com peut vous être utile dans le cadre de cette conversation. Pour la prévention primaire des maladies cardiaques chez les populations à risque élevé, le RIB associé aux statines (en cinq ans) est de 60, alors que le RIP lié aux myopathies de tout type (y compris les myalgies, la myosite et la rhabdomyolyse) n'est que de 10. Étant donné que Daniel présente des symptômes, il serait raisonnable d'arrêter le traitement par la statine pour voir si cela soulage ses douleurs. L'augmentation de sa dose de lévothyroxine pourrait améliorer son humeur, mais comme il n'a pas pris ses médicaments de la manière prescrite, la première étape consisterait à discuter des moyens de lui faciliter l'observance (par exemple en utilisant une plaquette alvéolaire).

Pour la prochaine visite, vous pourriez envisager de combiner ses médicaments antihyperglycémiants en un seul comprimé à longue durée d'action (sitagliptine/metformine XR à 100 mg/1 000 mg une fois par jour (Renseignements généraux, point 29). Vous ne tenez pas à étourdir Daniel pendant cette visite, mais il n'a pas fait mesurer son RIN depuis deux mois et un test serait de mise. Pendant les prochaines visites, vous pourriez discuter de la possibilité de remplacer la warfarine par un anticoagulant oral direct (ACOD) afin de prévenir les AVC (annexe 3).

La quétiapine ne serait peut-être pas un choix indiqué compte tenu de son diabète (risque d'effets secondaires métaboliques), et cet agent n'est pas recommandé comme somnifère. Vous pourriez envisager ultérieurement une diminution graduelle de la dose. Vous pourriez mettre en place un protocole afin que le personnel infirmier passe en revue les médicaments avec les patients au début de leur rendez-vous (Renseignements généraux, point 37).

Troisième partie : trois semaines plus tard

Comment géreriez-vous cette situation?

Il conviendrait d'examiner les priorités de Daniel. Il pourrait être utile de passer en revue les données probantes concernant l'utilisation des statines chez les patients atteints de diabète et d'hypertension et le risque d'effets secondaires (annexe 3). Les myalgies affectent son sommeil et sa capacité à s'asseoir longtemps à son bureau au travail. Bien que la Société canadienne de cardiologie recommande d'envisager le traitement par des statines chez la plupart des patients atteints de diabète, l'approche thérapeutique en présence d'affections multiples exige de pondérer les données probantes et les valeurs ou préférences des patients (Renseignements généraux, points 11, 21). Les options que vous pourriez aborder sont les suivantes : 1) cesser de prendre la statine; 2) réessayer la statine (N d'un essai) – il se peut que ses douleurs ne soient absolument pas liées au médicament; 3) utiliser la même statine à une dose inférieure; ou 4) essayer une autre statine (Renseignements généraux, point 27). Étant donné que Daniel commence à mieux se sentir en général, il préférera peut-être attendre que son humeur s'améliore avant de reprendre une statine. Vous prenez un rendez-vous de suivi pour réévaluer son humeur et réexaminer sa décision (Renseignements généraux, point 34). Une copie du plan de prise en charge individuelle de Daniel pourrait être placée dans son dossier de santé électronique, et une autre envoyée au cardiologue (Renseignements généraux, points 19, 20).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique :
https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction

Auteure :
Amy Freedman, M.D., CCMF (soins aux personnes âgées), FCMF
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Réviseurs :
Martin Fortin, M.D., M. Sc., CMFC
Médecin de famille, Meilleurs soins pour les personnes atteintes d'affections multiples
Chicoutimi, Québec

Philip St. John, M.D., M. Sc., CMFC
Médecine gériatrique
Winnipeg, Manitoba

Rédacteurs en chef du contenu médical :
Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Angela Eady, maîtrise en études légales, maîtrise en travail social
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Robin Bustin (Berwick, Nouvelle-Écosse) et Barbora Pek (Hamilton, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Mike Look (Burnaby, Colombie-Britannique), Lara Nixon (Calgary, Alberta) et Derek Poteryko (Nanaimo, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Amy Freedman, Martin Fortin, Philip St. John, Haider Saeed, Elizabeth Shaw et Angela Eady n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en février 2018.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinions d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf
2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm
3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD,Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011;64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *Bmj.* 2016;354:i4843. PM:27655884.
2. Feely A, Lix LM, Reimer K. Estimating multimorbidity prevalence with the Canadian Chronic Disease Surveillance System. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017;37:215-22. PM:28703703.
3. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2015;35:87-94. PM:26302227.
4. Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Seniors and the health care system: what is the impact of multiple chronic conditions.* Ottawa, ON: CIHI; 2011.
5. Mokraoui NM, Haggerty J, Almirall J, Fortin M. Prevalence of self-reported multimorbidity in the general population and in primary care practices: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2016;9:314. PM:27315815.
6. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:1041-51. PM:22910536.
7. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ.* 2015;350:h176. PM:25646760.
8. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. *Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.
9. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ.* 2009;339:b2803. PM:19671932.
10. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:175-84. PM:21184214.
11. Gould CE, O'Hara R, Goldstein MK, Beaudreau SA. Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31:1105-15. PM:27441851.
12. Smith DJ, Court H, McLean G, et al. Depression and multimorbidity: a cross-sectional study of 1,751,841 patients in primary care. *J Clin Psychiatry.* 2014;75:1202-8; quiz 8. PM:25470083.
13. Koch G, Wakefield BJ, Wakefield DS. Barriers and facilitators to managing multiple chronic conditions: a systematic literature review. *West J Nurs Res.* 2015;37:498-516. PM:25193613.
14. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27:1361-7. PM:22618581.
15. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making.* 2015;35:114-31. PM:25351843.
16. Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med.* 2014;174:1994-2003. PM:25330167.
17. Speak Up. Just ask: a conservation guide for goals of care discussions. Undated. http://thecarenet.ca/docs/ACP%20Just%20Ask%20Booklet-rev-May8_FINAL-web.pdf.
18. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:E1-e25. PM:22994865.
19. Canadian Medical Protective Association. Is this patient capable of consenting? 2016. https://www.cmpa-acpm.ca/en/-/is-this-patient-capable-of-consenting-.
20. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. *Br J Gen Pract.* 2010;60:285-94. PM:20594430.
21. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2013;3:e003610. PM:24038011.
22. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2008;371:725-35. PM:18313501.
23. Fried TR, McGraw S, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1839-44. PM:18771453.

24. Holmes HM, Min LC, Yee M, et al. Rationalizing prescribing for older patients with multimorbidity: considering time to benefit. *Drugs Aging.* 2013;30:655-66. PM:23749475.

25. Canadian Geriatrics Society. *Geriatrics. Five things physicians and patients should question.* Toronto, ON: Choosing Wisely Canada; 2014.

26. Imran SA, Rabasa-Lhoret R, Ross S. Targets for glycemic control. *Can J Diabetes.* 2013;37 Suppl 1:S31-4. PM:24070959.

27. Thomas K, Wilson JA, GSF Team. *Prognostic Indicator Guidance. 6th edition*: National Gold Standards Framework Centre in End of Life Care; Dec 2016.

28. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cmaj.* 2005;173:489-95. PM:16129869.

29. Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2017;63:354-64. PM:28500192.

30. Abbott C. Geriatric medicine: a selection of top tips to get you started. 2017. https://docs.wixstatic.com/ugd/bbd630_9068591ed32045ef9e10c04cdf3086a2.pdf.

31. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: Primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med.* 2017;15:341-6. PM:28694270.

32. Maland LJ, Lutz LJ, Castle CH. Effects of withdrawing diuretic therapy on blood pressure in mild hypertension. *Hypertension.* 1983;5:539-44. PM:6862579.

33. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Return of elevated blood pressure after withdrawal of antihypertensive drugs. *Circulation.* 1975;51:1107-13. PM:1093758.

34. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Jr., et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175:691-700. PM:25798575.

35. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med.* 2008;359:2195-207. PM:18997196.

36. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;360:1623-30. PM:12457784.

37. Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults: The ALLHAT-LLT randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177:955-65. PM:28531241.

38. Black DM, Reid IR, Boonen S, et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res.* 2012;27:243-54. PM:22161728.

39. Black DM, Reid IR, Cauley JA, et al. The effect of 6 versus 9 years of zoledronic acid treatment in osteoporosis: a randomized second extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res.* 2015;30:934-44. PM:25545380.

40. Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *Jama.* 2006;296:2927-38. PM:17190893.

41. Michalska D, Stepan JJ, Basson BR, Pavo I. The effect of raloxifene after discontinuation of long-term alendronate treatment of postmenopausal osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:870-7. PM:16352692.

42. Miller PD, Watts NB, Licata AA, et al. Cyclical etidronate in the treatment of postmenopausal osteoporosis: efficacy and safety after seven years of treatment. *Am J Med.* 1997;103:468-76. PM:9428829.

43. Brown JP, Morin S, Leslie W, et al. Bisphosphonates for treatment of osteoporosis: expected benefits, potential harms, and drug holidays. *Can Fam Physician.* 2014;60:324-33. PM:24733321.

44. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ.* 2010;182:1864-73. PM:20940232.

45. Drieling RL, LaCroix AZ, Beresford SAA, et al. Long-Term Oral Bisphosphonate Therapy and Fractures in Older Women: The Women's Health Initiative. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:1924-31. PM:28555811.

46. Ye X, Liu H, Wu C, et al. Proton pump inhibitors therapy and risk of hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;23:794-800. PM:21701389.

47. Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj.* 2011;183:310-9. PM:21173070.

48. Kwok CS, Arthur AK, Anibueze CI, Singh S, Cavallazzi R, Loke YK. Risk of Clostridium difficile infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:1011-9. PM:22525304.

49. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:Cd011969. PM:28301676.

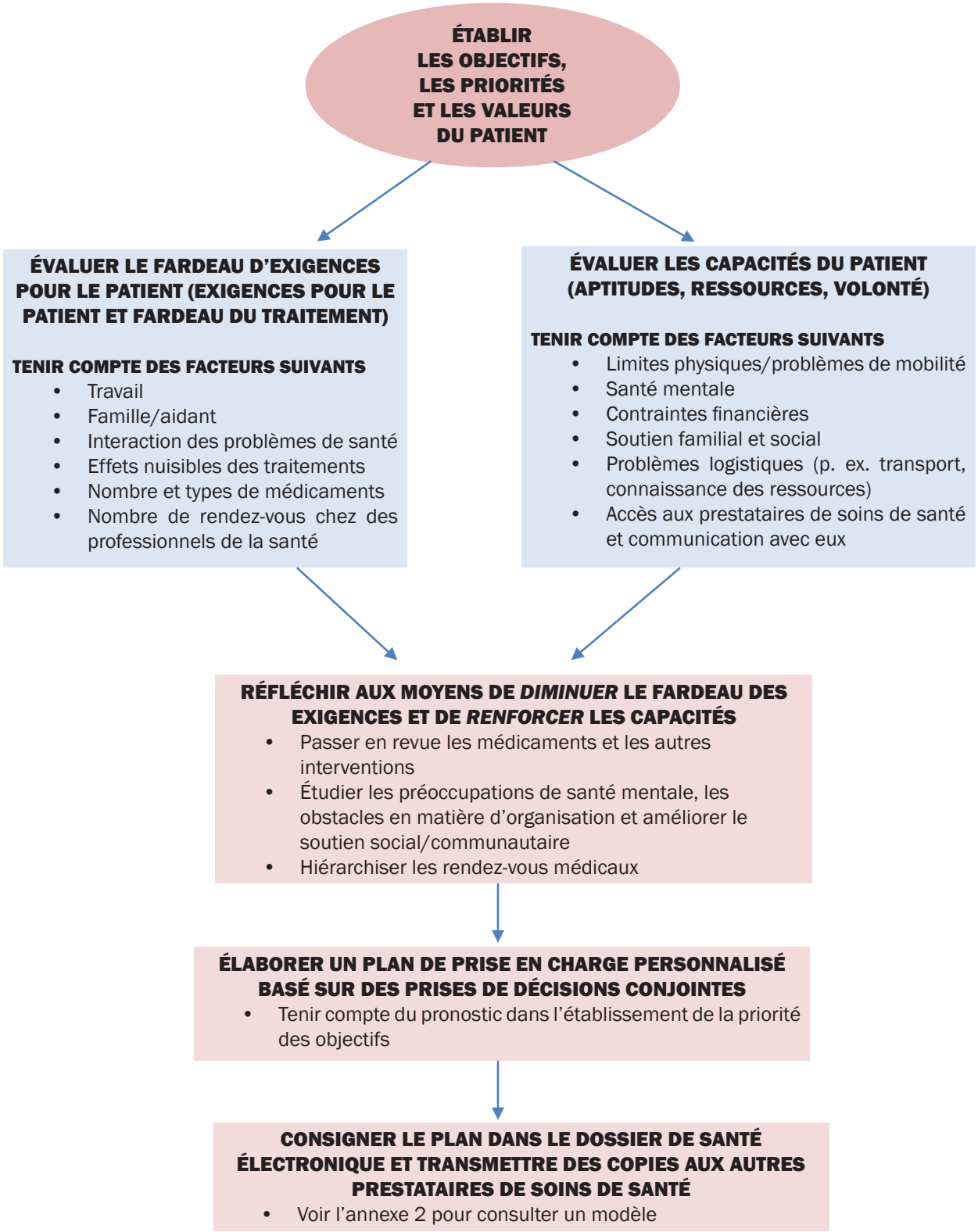
50. Clyne B, Smith SM, Hughes CM, et al. Effectiveness of a multifaceted intervention for potentially inappropriate prescribing in older patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial (OPTI-SCRIPT Study). *Ann Fam Med.* 2015;13:545-53. PM:26553894.

51. 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. PM:26990017.

52. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Aff (Millwood).* 2015;34:2104-12. PM:26643631.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 1. Méthode d'évaluation et de prise en charge des patients atteints d'affections multiples



Sources : 1) Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2016;354:i4843; **2)** Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:E1-e25.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Modèle de plan de soins personnalisés des patients

Date:
Caractéristiques démographiques :

Coordonnées de la famille/des aidants	**Membres de l'équipe de soins** Coordonnateur : Autres membres :	**Affections médicales** **Allergies**	**Médicaments** **Pharmacie**
Facteurs sociaux (p. ex., logement, situation financière, autres sources de soutien, etc.)		**Interventions non pharmacologiques**	
Qu'est-ce qui est important pour le patient (p. ex., sommaire des objectifs, priorités, directives préalables)			

Objectif	**Plan** (Inclure les changements de régimes médicamenteux, les modifications des rendez-vous, les revues de médicaments effectuées par les autres fournisseurs de soins, etc.)	**Date du suivi**	**Remarques** (Inclure toutes les mesures à prendre pour le suivi, les commentaires que les patients tiennent à inclure, etc.)

Sources : 1) Edwards ST, Dorr DA, Landon BE. Can personalized care planning improve primary care? *JAMA*. doi:10.1001/jama.2017.6953; **2)** Agency for Healthcare Research and Quality. Academy for Integrating Behavioral Health and Primary Care Integration Playbook—Develop a shared care plan. Available at http://www.integrationacademy.ahrq.gov/products/playbook/develop-shared-care-plan.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. PREUVE DE L'EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES COURANTES*

*** Les données concernant les RIB et les effets nuisibles proviennent d'études ne portant pas sur des personnes atteintes d'affections multiples. Pour l'évaluation de la probabilité des effets bénéfiques et nuisibles, il convient de tenir compte du profil de risque de chaque patient.**

Médicaments (par rapport au placebo, sauf indication contraire)	Affection	Résultats	Risque initial annualisé	Différence absolue pour 1 000 patients traités par an	Suivi de l'étude	RIB (IC à 95 %) pour prévenir un effet indésirable	Dangers
Anticoagulant (direct oral ou antagoniste de la vitamine K)	Fibrillation auriculaire	AVC ischémique seulement	3,7 %	25 AVC en moins	1 an	40 (34 à 58)	En l'espace de 1,5 an : • Hémorragie : 1 sur 25 (pour la warfarine) • Hémorragie intracérébrale : 1 sur 384 (pour la warfarine)
		Mortalité toutes causes confondues	4,99 %	11 décès en moins	2 ans	46 (26 à 502)	
Anticoagulant direct (comparativement à la warfarine)	Fibrillation auriculaire	Mortalité toutes causes confondues	Non rapporté	Non rapporté	Intervalle médian : 16-24 mois	145	Tendance à la réduction du nombre d'hémorragies graves pour les anticoagulants directs (RR : 0,83; IC à 95 % : 0,69-1,002)
		AVC/embolie systémique	Non rapporté	Non rapporté		200	
Aspirine	Angine	Mortalité toutes causes confondues	2,48 %	5 décès en moins (N.S.)	4,2 ans	46 (N.S.)	En l'espace de 4,2 ans : • Hémorragie : 1 sur 91 (N.S.)
		IM non mortel	1,74 %	15 IM en moins	4,6 ans	15 (14 à 17)	
Statines	Prévention primaire des MCV	Mortalité toutes causes confondues	1,53 %	2 décès en moins	3,8 ans	186 (120 à 510)	En l'espace de 4 ans : • Diabète : 1 sur 250 En l'espace de 5 ans : • Myalgie : 1 sur 10
		IM non mortel	0,53 %	2 IM en moins	3,4 ans	146 (113 à 206)	
		AVC	0,49 %	1 AVC en moins	3,7 ans	265 (179 à 556)	
	Prévention secondaire des MCV	Mortalité toutes causes confondues	3,0 %	4 décès en moins	3,8 ans	67 (52 à 97)	En l'espace de 4 ans : • Diabète : 1 sur 250
		IM non mortel	1,97 %	6 IM en moins	3,7 ans	46 (40 à 55)	
		AVC	1,63 %	3 AVC en moins	3,2 ans	87 (69 à 120)	En l'espace de 5 ans : • Myalgie : 1 sur 10

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. PREUVE DE L'EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES COURANTES* (SUITE)

Médicaments (par rapport au placebo, sauf indication contraire)	Affection	Résultats	Risque initial annualisé	Différence absolue pour 1 000 patients traités par an	Suivi de l'étude	RIB (IC à 95 %) pour prévenir un effet indésirable	Dangers
Statines chez les patients diabétiques	Prévention primaire	Critère d'évaluation cardiovasculaire composé	Non rapporté	9 événements en moins (N.S.)	3,5 ans	32 (N.S.)	Non rapporté
	Prévention secondaire		8,3 %	7 événements en moins (dose standard) 12 événements en moins (dose intensive)	5 ans	27 (dose standard) 17 (dose intensive)	
Bisphosphonates	Traitement de l'ostéoporose	Fracture vertébrale (prévention primaire et secondaire)	0,24 % – 2,2 %†	22 fractures en moins	3 ans	15	<u>En l'espace de 4 ans :</u> Effets indésirables gastro-intestinaux hauts rapportés le plus souvent (RR : 1,03; IC à 95 % : 0,98-1,08; N.S.) <u>Associations rares :</u> Ostéonécrose de la mâchoire : 1 cas/100 000 années-personnes Facture sous-trochantérienne atypique et fracture de la diaphyse du fémur : 2-78 cas/100 000 années-personnes
		Fracture de la hanche (prévention secondaire)	0,08 % – 1,7 %†	4 fractures en moins	3 ans	91	

† L'intervalle va d'un score d'indice de fractures de 1 à un score d'indice de fractures de 13.

IC = intervalle de confiance; N.S. = la différence par rapport au groupe placebo n'est pas significative; RIB = ratio interventions/bénéfices; RR = risque relatif.

Sources : 1) National Institute for Health and Care Excellence's "Database of treatment effects." Available at https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources; **2)** Medstopper. Available at: http://medstopper.com; **3)** FMPE module on Osteoporosis Challenges in Management (May 2017; available at https://members.fmpe.org); **4)** Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008:CD001155; **5)** Sattar N, Preiss D, Murray HM, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *Lancet*. 2010;375:735-42; **6)** Brown JP, Morin S, Leslie W, et al. Bisphosphonates for treatment of osteoporosis: expected benefits, potential harms, and drug holidays. *Can Fam Physician.* 2014;60:324-33; **7)** Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for prevention of cardiovascular disease in adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;316:2008-24; **8**) Dogliotti A, Paolasso E, Giugliano RP. Novel oral anticoagulants in atrial fibrillation: a meta-analysis of large, randomized, controlled trials vs warfarin. *Clin Cardiol.* 2013;36:61-7; **9)** de Vries FM, Kolthof J, Postma MJ, Denig P, Hak E. Efficacy of standard and intensive statin treatment for the secondary prevention of cardiovascular and cerebrovascular events in diabetes patients: a meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9:e111247.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org