



# 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 : monitoring 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

Risétronate 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 gérez-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<sup>1</sup>.
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  $\geq 2$  affections et 10,2 % d'entre eux en présentent  $\geq 3$ <sup>2</sup>. 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)<sup>3</sup>. 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<sup>3</sup>.
  - Environ le quart des personnes âgées ( $\geq 65$  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<sup>4</sup>.
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<sup>5</sup>. 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<sup>6</sup>.

### 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)<sup>7</sup>;
  - 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)<sup>8</sup>.

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<sup>9</sup>.

### 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 incommodes (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<sup>10-12</sup>. 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<sup>13</sup>.
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<sup>13</sup>.

### 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](#))<sup>6</sup>.
- 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<sup>8</sup>.
  - 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<sup>6</sup>.















- 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<sup>7</sup>.

**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 donépézil, 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](http://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 antihyperglycémifiants 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 gérez-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.

**Divulgence 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

**NIVEAUX DE PREUVES**

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
<b>Élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revue systématique/méta-analyse 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.</li> <li>Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues.</li> </ul> <p>Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.</p>
<b>Modéré</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revue systématique/méta-analyse 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.</li> <li>Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique.</li> <li>Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées.</li> <li>Études d'envergure de cohortes.</li> </ul> <p>Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.</p>
<b>Faible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais.</li> <li>Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études.</li> </ul> <p>Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.</p>
<b>Très faible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinions d'experts</li> <li>Rapports de cas individuel ou de séries de cas</li> </ul>

**Sources :**

- 1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) [http://www.sign.ac.uk/assets/sign50\\_2011.pdf](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 conversation guide for goals of care discussions. Undated. [http://thecarenet.ca/docs/ACP%20Just%20Ask%20Booklet-rev-May8\\_FINAL-web.pdf](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.

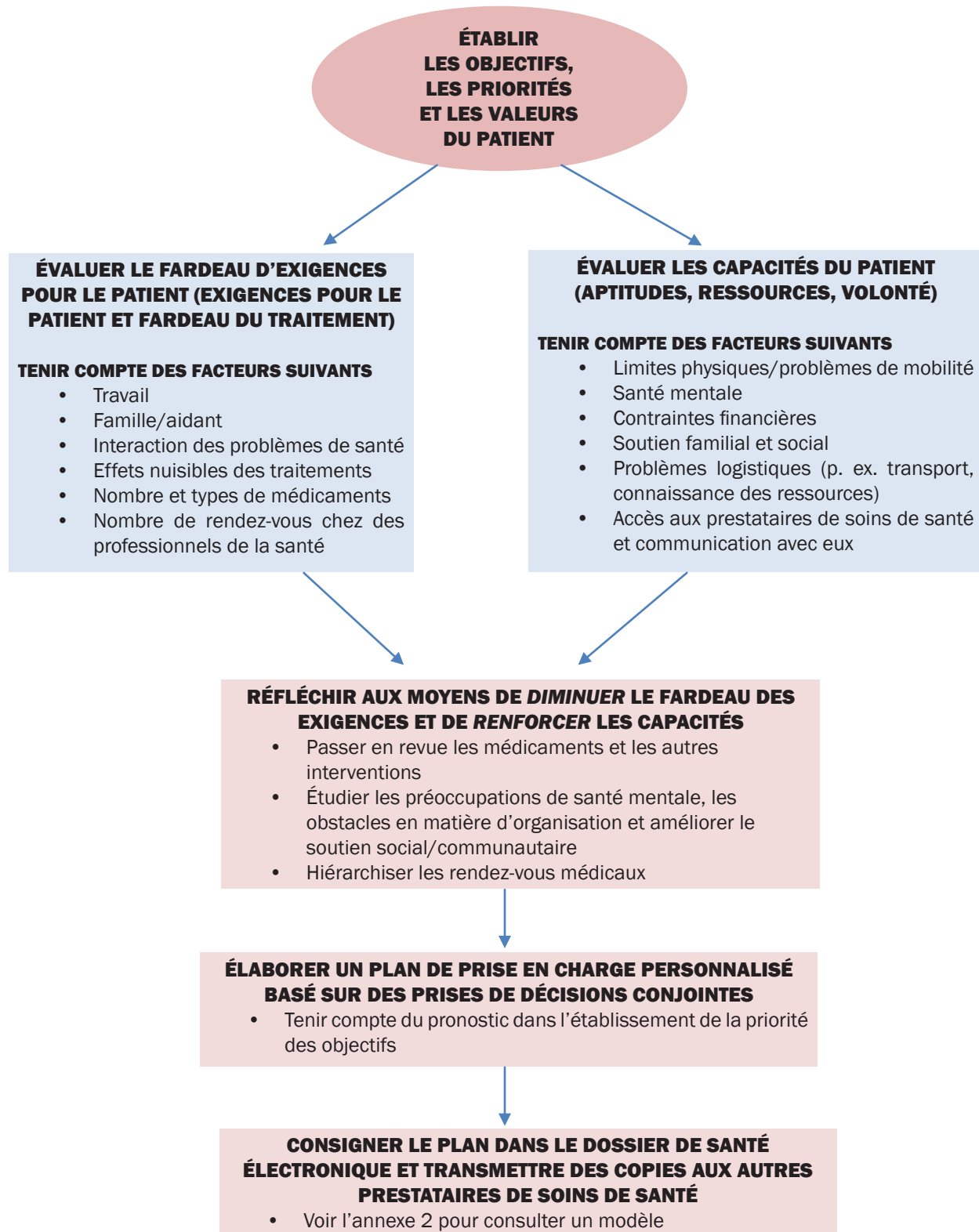


24. Holmes HM, Min LC, Yee M, et al. Rationalizing prescribing for older patients with multimorbidity: considering time to benefit. *Drugs Aging*. 2013;30:655-66. PM:23749475.
25. Canadian Geriatrics Society. *Geriatrics. Five things physicians and patients should question*. Toronto, ON: Choosing Wisely Canada; 2014.
26. Imran SA, Rabasa-Lhoret R, Ross S. Targets for glycemetic 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](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.



## 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.



## ANNEXE 2. Modèle de plan de soins personnalisés des patients

Date:

Caractéristiques démographiques :

<b>Coordonnées de la famille/des aidants</b>	<b>Membres de l'équipe de soins</b> Coordonnateur :	<b>Affections médicales</b>	<b>Médicaments</b>
	Autres membres :	<b>Allergies</b>	<b>Pharmacie</b>
<b>Facteurs sociaux</b> (p. ex., logement, situation financière, autres sources de soutien, etc.)		<b>Interventions non pharmacologiques</b>	
<b>Qu'est-ce qui est important pour le patient</b> (p. ex., sommaire des objectifs, priorités, directives préalables)			
<b>Objectif</b>	<b>Plan</b> (Inclure les changements de régimes médicamenteux, les modifications des rendez-vous, les revues de médicaments effectuées par les autres fournisseurs de soins, etc.)	<b>Date du suivi</b>	<b>Remarques</b> (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](http://www.fmpe.org)

Février 2018

[Histoires de cas](#) [Commentaires](#) [Renseignements généraux](#)



### 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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Hémorragie : 1 sur 25 (pour la warfarine)</li> <li>Hémorragie intracérébrale : 1 sur 384 (pour la warfarine)</li> </ul>
		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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Hémorragie : 1 sur 91 (N.S.)</li> </ul>
		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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Diabète : 1 sur 250</li> </ul> En l'espace de 5 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>Myalgie : 1 sur 10</li> </ul>
		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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Diabète : 1 sur 250</li> </ul> En l'espace de 5 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>Myalgie : 1 sur 10</li> </ul>
		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)	



### 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	En l'espace de 4 ans : Effets indésirables gastro-intestinaux hauts rapportés le plus souvent (RR : 1,03; IC à 95 % : 0,98-1,08; N.S.)
		Fracture de la hanche (prévention secondaire)	0,08 % – 1,7 %†	4 fractures en moins	3 ans	91	Associations rares : Ostéonécrose de la mâchoire : 1 cas/100 000 années-personnes  Fracture sous-trochantérienne atypique et fracture de la diaphyse du fémur : 2-78 cas/100 000 années-personnes

† 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.

