

NOUVELLES BRÈVES

PSYCHOTROPES EN MRS : RISQUE DE DÉCÈS ET D'HOSPITALISATIONS

Analyse de : Huybrechts KF, Rothman KJ, Silliman RA et al. Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes. *CMAJ* 2011;183:E411-9.

Les médicaments psychotropes sont fréquemment prescrits aux personnes âgées institutionnalisées (benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques, souvent en association¹). Un risque accru de survenue d'accident vasculaire cérébral ou de décès chez des personnes âgées (démentes) a été signalé dès 2004 pour certains antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone)², risque étendu ensuite à tous les neuroleptiques³. Un tel risque d'augmentation des décès existe-t-il avec les autres psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines) ?

Une étude sur 10 ans effectuée dans une province canadienne, vient d'être publiée à ce sujet⁴. Elle inclut une population générale de 10.900 patients âgés d'au moins 65 ans et s'intéresse à ceux chez lesquels un traitement psychotrope (unique) est initié lors de leur institutionnalisation: 1.942 reçoivent un antipsychotique dit atypique, 1.902 un antipsychotique classique, 2.169 un antidépresseur, 4.887 une benzodiazépine (soit 45% de la population étudiée). Les décès et hospitalisations dans les 180 jours après l'instauration de ce traitement sont enregistrés et tous les facteurs confondants possibles sont rigoureusement analysés (âge, sexe, morbidité psychiatrique, autres comorbidités). Avec des méthodes statistiques complexes mais bien élaborées, les comparaisons concernent des sous-groupes homogènes (entre autres mêmes indications de traitement). Si plusieurs différences sont observées en défaveur des antipsychotiques classiques, des antidépresseurs et des benzodiazépines versus antipsychotiques atypiques pour différents critères (décès, hospitalisations pour fracture fémorale ou insuffisance cardiaque), en analyse ajustée pour tous les facteurs confondants identifiés, la seule différence statistiquement significative est observée pour le critère décès en défaveur des antipsychotiques classiques versus atypiques.

Commentaire de la rédaction

La conclusion à tirer de cette bonne analyse est le risque potentiel de morbimortalité associé à l'initiation d'une prise d'un psychotrope quel qu'il soit chez les personnes âgées institutionnalisées. Les interventions alternatives sont donc à privilégier.

A titre de comparaison, suivant les chiffres disponibles pour les patients affiliés à la Mutualité Chrétienne et résidant dans des Maisons de Repos, en 2009, 41,7% avaient reçu un antidépresseur pendant au moins 30 jours et 21,7% un antipsychotique⁴. Sans les chiffres pour les benzodiazépines que nous ne possédons pas (non remboursés donc non enregistrés) nous sommes déjà au-delà des fréquences de prescription de psychotropes de cette étude canadienne ... et donc au-delà des effets indésirables provoqués par ceux-ci et bien décrits au Canada.

Références

1. Vanderstichele RH, Van de Voorde C, Elseviers MM et al. L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). *KCE reports* vol. 47B; Décembre 2006.
http://www.kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027362.pdf.
2. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Avertissement concernant les neuroleptiques atypiques chez les patients âgés déments. *Folia Pharmacotherapeutica* 2004;31:33-4.
<http://www.cbip.be/PDF/Folia/2004/P31F04D.pdf>.
3. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Antipsychotiques: données récentes concernant leur efficacité et leurs effets indésirables. *Folia Pharmacotherapeutica* 2009;36:46-8.
<http://www.cbip.be/PDF/Folia/2009/P36F06B.pdf>.
4. Christelijke Mutualiteit. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in rusthuizen. Persconferentie 12 mei 2011. http://www.cm.be/nl/100/Resources/2011-05-12%20Studie%20geneesmiddelengebruik%20rusthuizen_tcm24-78634.pdf.