

Résumé n°251

OMAGE : OPTIMISATION DES MEDICAMENTS CHEZ LE SUJET AGE

S Legrain, D Bonnet. Gériatre, Hôpital Bretonneau, Paris, France

VERSION FRANCAISE :

Contexte : Les réhospitalisations sont fréquentes, potentiellement délétères et coûteuses chez les malades âgés. Mais, la fréquence des réhospitalisations évitables liées au médicament et l'efficacité démontrée d'interventions dans certaines pathologies, comme l'insuffisance cardiaque, montrent qu'elles peuvent en partie être prévenues. Néanmoins, aucune intervention n'a démontré d'impact dans une population âgée polypathologique non sélectionnée. L'objectif de l'essai OMAGE est de mesurer l'impact d'une intervention multi-facette sur la survie sans réadmission et sans passage aux urgences de sujets âgés 3 et 6 mois après leur sortie de gériatrie aiguë (UGA).

Programme : Etude multicentrique (6 UGA d'Ile de France) prospective randomisée (selon Zelen) contrôlée. Population: malades consécutifs ≥ 70 ans admis en UGA avec espérance de vie > 3 mois et durée de séjour prévisible ≤ 5 jours de avril 2007 à octobre 2008. L'intervention était centrée sur la personne malade, en identifiant des objectifs prioritaires de santé et se focalisait sur les problèmes liés aux médicaments (underuse, observance, iatrogénie), la dépression et la dénutrition. Elle comprenait 3 facettes: optimisation de la prescription, éducation thérapeutique du patient et/ou son aidant, amélioration de la coordination avec la ville. L'intervention a été standardisée pour pouvoir être menée par 4 gériatres seniors différents. Les données de suivi (réhospitalisations(s) en urgence, passage(s) aux urgences, décès) ont été obtenues par quatre assistants en recherche clinique via des contacts téléphoniques (patients et/ou leurs aidants, et médecins traitants) et via un « screening » systématique auprès des services d'admissions des six sites. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter avec pour critère principal de jugement la survie sans événement ($\frac{1}{4}$ passage aux urgences ou réhospitalisation non programmée) dans les 3 (M3) et 6 mois (M6) suivant l'hospitalisation index. Les critères de jugement secondaires étaient: la mortalité, le taux de patients réhospitalisés, le taux de patients passés aux urgences (test du Log Rank), le nombre de réadmissions et de jours de réhospitalisations (test de Wilcoxon).

Résultats : 665 patients ont été inclus: 348 dans le groupe soins usuels (SU) et 317 dans le groupe intervention (GI). L'âge moyen est de 86.1 ans; 66% sont des femmes, avec en moyenne 3.44 pathologies et 6.84 traitements chroniques. 639 patients ont pu être suivis (9 SU et 17 GI sont décédés pendant l'hospitalisation index). Le temps d'intervention moyen était de 3h30 par patient (70 min prescription, 99min éducation, 40 min coordination). Dans le groupe intervention: la survie sans événement est significativement augmentée à M3 ($p = 0.0173$) et est à la limite de la significativité à M6 ($p = 0.0596$). A M3, on constate une diminution relative de 25 % des patients réadmis ($p = 0.0012$), une diminution significative du nombre de réadmissions ($p = 0.0218$) et une diminution du nombre de jours passés en médecine aiguë ou chirurgie ($p = 0.047$). Il existe une réduction de la mortalité à M3, mais non significative (11% SU vs 6.7% GI, $p = 0.0554$). A M6, l'amélioration en terme de mortalité et de réhospitalisations persiste, mais n'est pas significative.

Limites : Pour des raisons logistiques, il n'a pas été possible d'inclure les 800 malades prévus, ce qui n'a pas permis de démontrer une efficacité de l'intervention à 6 mois. Des analyses complémentaires sont en cours pour mieux comprendre quelle partie de l'intervention a été la plus déterminante dans l'intervention proposée.

Discussion : Cette intervention complexe mais standardisée pourrait être proposée dans d'autres lieux de soins (réadaptation et en ambulatoire) ou à des sujets plus jeunes polypathologiques. Conclusion En conclusion, il est possible par une intervention centrée sur le malade et combinant prescription, éducation, et coordination d'améliorer à trois mois la survie sans ré-hospitalisation.

ENGLISH VERSION:

OMAGE: OPTIMAL DRUG MANAGEMENT OF THE ELDERLY

Context: The elderly are at high risk of repeated hospitalisations, which are potentially hazardous and costly. Clinical experience and literature support the evidence that a high percentage of these unplanned hospitalisations are avoidable. The purpose of our study was to implement a new multi-component patient-centred intervention suited to elderly admitted in acute geriatric units (AGU) and to assess its impact 3- and 6-month- post-discharge on survival without unplanned readmission or emergency visit.

Program: A prospective multicentric randomised controlled trial conducted in six AGU. Participants were consecutive patients aged 70 years and over. Intervention was patient-centred, with no intervention after discharge. It had three components: prescription optimisation, a specific patient and/or carer's educative program and an enhanced coordination, with a focus on three topics: drug-related problems, depression and malnutrition. It was formalised to be implemented by four geriatrician investigators. Primary outcome was survival for 90 and 180 days without unplanned readmission or emergency visit (Kaplan-Meier analysis). Secondary outcomes were mortality, rate of readmitted patients, rate of patient with at least one emergency visits (Log rank test) and the number of readmissions and the number of days of readmission (Wilcoxon test).

Results: 665 patients were included (348 in usual care group (UC) and 317 in intervention group (IG)), with a mean age of 86.1 years. 66% were women, 47.4% lived alone; they had a mean of three chronic diseases and took a mean of seven daily chronic medications. The mean duration to perform the intervention was 3 h 30 min. Survival for 90 days without unplanned readmission or emergency visit was significantly higher in the IG than in the UC ($p=0.0173$). This trend persisted at 180 days but not significantly ($p=0.06$). At 90 days, the rate of patients readmitted in IG was decreased by 25% vs UC (21% vs 29.4%, $p=0.0012$). The number of readmissions and the number of days spent in acute care were significantly lower in IG vs UC ($p=0.0218$ and $p=0.0472$ respectively). The mortality in IG was lower but it was not statistically significant ($p=0.055$). At 180 days, the same trend was observed for the rate of readmitted patients, the number of readmissions and the mortality, but it was not statistically significant.

Limits: Only 665 patients were included instead of the planned 800 that could have induced a lack of potency and hindered to demonstrate the efficiency of the intervention at 6 months.

Discussion This intervention could be proposed in other settings of geriatric care (rehabilitation, ambulatory care).

Conclusion: A complex but one-shot and geriatrician-directed intervention increases significantly survival without readmission at 3 months in unselected elderly inpatients.