Gregory Pugnet[1], Serge Bismuth[2], Haleh Bagheri[3], France Laffisse[4], Lisa Nguyen[2], Philippe Arlet[1,a]

[1]CHU Toulouse Purpan, service de médecine interne, Place du Dr Joseph Baylac, 31300 Toulouse

pugnet.g@chu-toulouse.fr

[2]Département universitaire de médecine générale de Toulouse

[3]CHU Toulouse, service de pharmacologie clinique

[4]CHU Toulouse, télémédecine

[a]pour le réseau RADIO

Tirés à part: G. Pugnet

La déprescription médicamenteuse, un acte médical de salubrité publique

Un exemple innovant de médecine personnalisée et concertée

Résumé

Cela fait plus de 20 ans que toutes les études et tous les auteurs se penchant sur ce sujet s'accordent à dire que la consommation médicamenteuse est trop importante dans les pays industrialisés et particulièrement en France. L'importance croissante et la gravité des pathologies iatrogènes médicamenteuses deviennent un enjeu majeur de santé publique. La polymédicamentation en est une des principales responsables. Pour combattre ce fléau, il faut inventer cet acte de responsabilité médicale que l'on pourrait appeler « déprescription médicamenteuse », et qu'il faut donc promouvoir et enseigner. « *La thérapeutique est aussi la science de l'art de dé-prescrire* »[1].

• Mots clés
déprescription ; médecine personnalisée.

Abstract. Drug deprescription, a medical intervention for public health

It has been over 20 years since all studies and authors on this subject have agreed that drug consumption is too high in industrialized countries and particularly in France. The increasing importance and severity of drug-induced iatrogenic diseases are becoming a major public health issue. Polymedication is one of the main causes. To fight this scourge, it is necessary to invent this act of medical responsibility that

[1] Queneau P. La thérapeutique est aussi la science de l'art de dé-prescrire. *Presse Med* 2004 ; 33 (9-C1) :583-5.

La déprescription médicamenteuse est un acte médical qui consiste à proposer à un patient d'arrêter un médicament qu'il prend en général de manière chronique. Lorsqu'il s'agit d'arrêter un médicament qui a été prescrit par un confrère, la décision est plus difficile. Comme pour la prescription, la déprescription est précédée d'un acte de réflexion sur le rapport bénéfice/risque de cet arrêt médicamenteux.

Pourquoi arrêter un médicament ?

Les pathologies iatrogènes médicamenteuses sont devenues fréquentes, parfois graves, voire mortelles, responsables de plus de 200 000 hospitalisations chaque année. Il est reconnu qu'une bonne partie de ces accidents médicamenteux seraient évitables [1, 2]. Un des éléments qui amènent les médecins à réfléchir à la déprescription est constitué par la polymédicamentation en particulier chez les sujets âgés. Les sujets âgés sont particulièrement à risque de iatrogénie car ils sont souvent polypathologiques, polymédiqués et fragiles. Le vieillissement physiologique de certains organes comme les reins, accroît ce risque d'accidents iatrogènes.

Au-dessus de 75 ans, beaucoup d'ordonnances comprennent plus de 5 médicaments, et dans ce contexte il est difficile d'évaluer quelles sont les potentielles interactions médicamenteuses iatrogènes.

Les situations cliniques et nécessités médicamenteuses d'un patient évoluent avec le temps, elles ne sont pas stables, les pathologies évoluent également, la pharmacopée s'enrichit aussi. De ce fait, il est franchement utile de réévaluer régulièrement le rapport bénéfice/risque de chacun des médicaments prescrits et/ou consommés, d'analyser l'historique de ces prescriptions, que le médicament soit pris de manière chronique ou récente. Il peut arriver que la prescription d'un nouveau médicament justifie la déprescription d'un autre.

Y a-t-il des freins à la déprescription ?

Oui, et ces freins sont nombreux et évidents [3]. L'industrie pharmaceutique est bien sûr le promoteur principal de la prescription médicamenteuse. Sur les moteurs de recherche Internet on a du mal à retrouver le terme « *déprescription* ».

L'acte médical de déprescription est plus difficile, plus long, plus risqué pour un médecin. Il demande un effort supplémentaire d'éducation auprès du patient.

could be called "drug deprescription", which must therefore be promoted and taught. Therapy is also the science and the art of "de-prescribing".

• ***Key words***
deprescription; personalized medicineDéfinition.

DOI: 10.1684/med.2017.252

La prescription médicamenteuse est l'acte « noble » et qui est au centre de l'enseignement médical.

Les freins peuvent donc venir du/des médecin(s), du pharmacien, du patient, de son entourage [4].

Quand arrêter un médicament ?

« *Vous prendrez ce médicament à vie* ». Cette phrase souvent entendue dans la bouche du médecin n'a pas lieu d'être. L'état du patient évolue avec l'âge, la pharmacopée évolue avec le progrès scientifique, les pathologies et les défaillances viscérales évoluent également. Toute ordonnance médicamenteuse mérite réévaluation régulière.

On peut citer différentes situations :
– Un patient vient pour un « renouvellement », il va bien. Un hypertendu ou un diabétique peut ne plus avoir besoin de médicament hypotenseur ou hypoglycémiant.

– Un patient vient consulter car il ne va pas bien : s'il prend des médicaments et si l'on n'a pas de diagnostic étiologique, il faut toujours évoquer la responsabilité des médicaments et envisager une déprescription.

– Un patient vient de démarrer un traitement, et vous déclare que ce médicament lui fait du mal. Il faut l'écouter ! Il faut l'arrêter et analyser l'évolution et l'indication initiale.

– Un patient polymédiqué âgé présente une pathologie aiguë, éventuellement fébrile. Attention, cette situation peut nécessiter une déprescription médicamenteuse en urgence. Lors de la canicule de 2003, des milliers de décès ont été dus aux médicaments diurétiques [5].

Toute ordonnance de polymédication doit être réévaluée régulièrement dans un but de déprescription.

Qui déprescrit ?

Tous les médecins généralistes, spécialistes, médecins hospitaliers doivent déprescrire et souvent en concertation.

Comment déprescrire ?

C'est donc à l'occasion d'une hospitalisation, ou plus souvent d'une consultation chez le médecin traitant que va se faire la « révision » de l'ordonnance. Une bonne relation médecin-patient est utile pour discuter d'une éventuelle déprescription.

En cas de polymédication, chaque médicament doit être analysé en reprenant l'historique de sa prescription, le rapport bénéfice/risque actuel. Il n'est pas inutile de partager cette réflexion à plusieurs médecins ainsi qu'avec le patient.

Parmi les arguments utiles à la discussion, il faut toujours savoir si le médicament dont on parle est un médicament de prévention (statines, IEC au cours du diabète, IPP associé systématiquement aux AINS...), un traitement symptomatique (antalgiques, AINS, benzodiazépines...) ou curatif (antibiotiques, anticoagulants...). Les bénéfices attendus ne sont évidemment pas les mêmes. Il est des règles générales qu'il convient de bien connaître :
– la déprescription médicamenteuse doit être expliquée au patient comme un acte positif, visant à améliorer son état de santé et non pas à faire des économies ;

– pour pouvoir évaluer l'efficacité d'une déprescription médicamenteuse, il convient de n'arrêter qu'une molécule après l'autre ;

– certains médicaments nécessitent de faire un sevrage progressif ;

– la déprescription d'un médicament ne doit pas s'accompagner de la prescription d'un autre (exemple : l'HTA) ;

– dans de nombreux cas, cet acte difficile nécessite une concertation pluridisciplinaire. Nous allons décrire le Réseau d'Aide à la Déprescription Interprofessionnelle Omnipraticien (RADIO) que nous avons mis en place dans cette optique en région Occitanie.

Un exemple de déprescription médicamenteuse concertée

Nous avons mis en place une réunion mensuelle par télémédecine, où les médecins généralistes et/ou internistes discutent des ordonnances pour lesquelles la question d'une réévaluation du rapport bénéfices/risques se pose.

Pour cela nous avons organisé des réunions d'information, dans le cadre de formation continue universitaire, ainsi que dans des groupes de FMC de généralistes dans la région afin de constituer ce réseau et alimenter régulièrement nos réunions avec leurs dossiers.

Les médecins du réseau reçoivent par mail un rappel de la date et de l'heure de la réunion (rythme mensuel, 3e jeudi du mois de 14 h à 15 h). Les internistes et la

pharmacologue se tiennent dans une salle de réunion du CHU de Toulouse avec à leur disposition un pont téléphonique et l'application SKYPE® mise en place par le CHU. Les médecins qui souhaitent présenter des cas ou assister à la réunion peuvent se connecter soit par téléphone soit par visioconférence. Les ordonnances analysées sont envoyées dans les jours précédents par les médecins demandeurs précisant les différents médicaments, le contexte pathologique du patient, les questions posées par le médecin pour des éventuels sevrages. Par la suite, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant.

Après une période d'étude de faisabilité, nous avons à ce jour effectué 5 réunions fonctionnant de manière satisfaisante sur le plan technique et permettant de réduire significativement la charge médicamenteuse. Lors de ces réunions sont également rapportés l'évolution des patients précédemment présentés et si les propositions de déprescription ont pu être atteintes.

Résultats

Au terme de ces 5 réunions, nous pouvons décrire un certain nombre de choses :

Grâce à la télémédecine, nous avons été à chaque fois près d'une dizaine de participants, certains dans la salle de réunion réservée à cet effet, essentiellement les hospitaliers internistes, assistants généralistes, internes et la pharmacologue qui parfois était dans son bureau à la faculté de médecine. Certains généralistes sont parfois venus dans la salle, la plupart étaient à leur cabinet, au téléphone ou en visiophonie ou même une fois dans sa voiture.

Ces réunions permettent manifestement de l'interformation, profitable à tous. Les discussions sont riches, relativement prolongées, et souvent pas plus de 2 dossiers sont examinés dans l'heure.

La plupart des patients sont lourds, âgés, polypathologiques, polymédicamentés, volontiers institutionnalisés.

Il faut souligner le nombre et la variété des médicaments discutés. On retrouve en majorité les médicaments à visée cardiovasculaire, psychotrope, antalgique.

Des discussions à propos des anticoagulants, AVK ou AOD, ont été menées à plusieurs reprises avec parfois des avis unanimes sur la non déprescription ou la déprescription, parfois des avis partagés.

Les prescriptions de statines chez les sujets très âgés polypathologiques ont été à plusieurs reprises déprescrites.

Pour chaque patient, il y avait presque toujours la proposition de déprescrire plusieurs médicaments, bien sûr avec des propositions à étaler dans le temps et en fonction de la surveillance.

L'intérêt médical et pédagogique de ces réunions nous paraît évident. Cependant, l'effort que nous avons dû consentir pour réussir à obtenir que des participants présentent des dossiers pose problème. En effet, les médecins généralistes sont actuellement très intéressés par la déprescription et l'aide qu'on peut apporter dans ce type de RCP. Cependant, ils ne font pas volontiers le pas de participer à une réunion téléphonique ou visiophonique. Il faudra pour cela des campagnes importantes de motivation, et des décisions de rémunération suffisamment attractives car, pour un médecin libéral, il n'est pas raisonnable de proposer un tarif de consultation simple si l'on veut motiver la population des médecins généralistes et développer notre projet.

Conclusion

L'acte de déprescription médicamenteuse est un acte utile, difficile en termes de responsabilité. « *Il doit être pleinement intégré à l'objectif du bon usage des médicaments, tenant compte des niveaux de preuve scientifique, personnalisé à chaque malade avec le triple souci de la rigueur, du bon sens et de l'humanisme* » [6].

Il faut l'enseigner aux étudiants en médecine, aux internes, aux praticiens en exercice.

Il faut impliquer l'ensemble des professionnels y compris les pharmaciens, pour avoir une traçabilité qui manque souvent. Il serait bien utile que les ordonnances ALD comportent une rubrique déprescription. Il serait utile qu'il y ait une cotation CCAM, de valeur supérieure au CS.

Il serait utile qu'il y ait également une cotation en T2A, car des hospitalisations de durée moyenne seraient parfois bien utiles dans de nombreux cas de déprescription complexe justifiant la surveillance clinique pluriquotidienne du patient.

Pour la pratique

- La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse passe par la déprescription médicamenteuse.
- Tout symptôme ou pathologie inexpliqué chez un malade prenant des médicaments peut être lié à l'un, l'autre ou le mélange de ces médicaments.
- La déprescription médicamenteuse est un acte de responsabilité plus complexe, plus long que la prescription. Elle permet de guérir des patients, elle permet d'éviter des morts iatrogènes. La déprescription doit donc être promue, enseignée.
- La déprescription médicamenteuse est parfois difficile et doit faire mettre en place des réunions concertées de plusieurs médecins de compétences différentes. Des hospitalisations dédiées peuvent être utiles dans certains cas.
- Les moyens de la télémédecine, téléconsultation, télé-expertise, téléformation sont particulièrement adaptés à ces pratiques.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Lemoine P. La terrible gentillesse des médecins français. *Le Monde Science et Techno* 2012.

2. DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009.

3. Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. [Thèse de Médecine]. Rouen : Université de Rouen Normandie ; 2011.

4. Blesses S, 2012, La déprescription en médecine générale : ses freins et ses déterminants. [Thèse de Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2012.

5. Hémon D, Jougla E. Surmortalité liée à la canicule d'août 2003. Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques. Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. INSERM. 2003.

6. Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé. Séance thématique sur « les stratégies médicales chez les sujets âgés ». Séance du 6 février 2007. *Bull Acad Natle Méd* 2007 ; 191 : 271-85.

VIENT DE PARAÎTRE

- Septembre 2016
- 17 x 24 cm, 348 pages
- ISBN : 978-2-7040-1482-8

La RÉFÉRENCE francophone de la pathologie endocrinienne chirurgicale

- Le vade-mecum du chirurgien sur le vaste domaine rapidement évolutif des pathologies endocriniennes abdominales et rétropéritonéales
- La contribution des meilleurs spécialistes internationaux fédérés par l'*Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE)*
- La mise à jour des recommandations et consensus les plus récents
- Didactique, synthétique et pratique pour un accès instantané aux informations recherchées : physiologie, stratégie diagnostique et thérapeutique, indications et techniques chirurgicales...

Coordinateurs
Pr Christophe Trésallet
Université Pierre et Marie Curie (Paris 6)
Service de chirurgie générale, viscérale et endocrinienne, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris
Pr Jean-Louis Peix
Université Lyon 1, Service de chirurgie générale et endocrinienne, Centre hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite

doin | John Libbey EUROTEXT

Ouvrage disponible sur www.jle.com