



Dé-prescription médicamenteuse

Dossier documentaire écrit par Dr Elodie COSSET

Bibliographie Dr Laurent BRUTUS

La décision médicale partagée Dr Sandrine HILD

Groupes Qualité février 2020

Contexte

Le MG est le garant de la cohérence et de l'innocuité des prescriptions des patients. Il existe une corrélation entre le nombre de molécules prescrites et les effets indésirables pouvant, notamment chez les personnes âgées conduire à des hospitalisations évitables. Ces pathologies iatrogènes seraient à l'origine de 200000 hospitalisations chaque année.

La dé prescription est le processus qui consiste à planifier la réduction ou l'arrêt de médicaments qui n'ont plus d'effets positifs ou qui peuvent être nocifs.

Aussi ce dossier est-il inévitablement fortement lié au dossier d'octobre 2018 (disponible sur le site) sur le « **repérage des médicaments à risque iatrogénique chez la personne âgée** » la partie iatrogénie ne sera pas réabordée.

Mise en bouche...

Nos collègues canadiens ont mis en ligne quatre courtes vidéos éducatives pour les praticiens,

- Surmonter les obstacles de la dé prescription
- Dé prescrire les sédatifs hypnotiques
- Dé prescrire les IPP
- Dé prescrire les opioïdes

Vous les trouverez sur <https://www.reseaudeprescription.ca/videos-intro>

Dé prescrire en pratique

➤ **Pourquoi ?**

Nous sommes souvent face à des sujets polypathologiques, polymédiqués et fragilisés.

Les pathologies iatrogènes sont fréquentes,

Les situations cliniques, les nécessités médicamenteuses évoluent,

Les patients vieillissent avec une répercussion sur leur fonction rénale, hépatique...

La pharmacopée évolue, les recommandations changent,

Autant de bonnes raisons de réviser nos prescriptions.

➤ **Pour qui ?**

Pour tous mais particulièrement pour les personnes âgées, les malades en fin de vie ; savoir alors revoir et modifier les objectifs de soin. Quel intérêt de poursuivre un traitement préventif quand l'espérance de vie est limitée ? mais pour cette cessation médicamenteuse la communication, le soutien et la rassurance sont essentiels.

➤ **Quand ?**

A envisager :

- lors de chaque réévaluation thérapeutique, renouvellement d'ordonnance
- si un patient ne supporte pas un nouveau traitement
- si un patient présente de nouveaux symptômes, penser « iatrogénie »
- si un patient polymédiqué présente une situation aigue (diurétiques +gastro)
- en cas d'anorexie, amaigrissement, asthénie...

➤ Comment ?

La dé prescription nécessite une méthodologie rationnelle, elle doit être réfléchie, prudente et surveillée.

Une dé prescription peut à son tour être iatrogène en déstabilisant une personne âgée psychotique par exemple, ou produire des phénomènes rebond.

On cherche avant tout à diminuer les médicaments sans altérer la qualité de vie.

Exemple de démarche pour sevrage BZD :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf

1) Établir la liste des pathologies du patient

2) Établir la liste complète des médicaments pris (y compris automédication), leur indication, les classer en traitement préventif, symptomatique et curatif

3) Apprécier l'observance médicamenteuse

4) Identifier ceux qui peuvent être arrêtés par ordre croissant d'urgence

- car il est à l'origine d'effets indésirables
- car il présente un risque majoré dans le contexte actuel (AVK + chute)
- car son rapport bénéfice/risque n'est pas favorable
- car il n'est plus approprié ou indiqué
- car il n'a pas fait la preuve de son efficacité (ASMR insuffisant)
- car il n'est pas pris....

(attention particulièrement aux associations médicamenteuses)

5) Etablir un planning de dé prescription

- Arrêter les molécules l'une après l'autre.
- Certaines molécules peuvent être dé prescrites sans crainte et rapidement, d'autres nécessitent lenteur et prudence pour un sevrage progressif sous peine d'effet rebond.

Tableau II**Produits nécessitant un arrêt progressif⁹**

- | | |
|--------------------------------|---|
| ● Amphétamines | ● Corticostéroïdes |
| ● Anticholinergiques | ● Dérivés nitrés |
| ● Anticonvulsivants | ● Diurétiques |
| ● Antidépresseurs tricycliques | ● Gabapentine |
| ● Antihistaminiques | ● Inhibiteurs de la cholinestérase |
| ● Antiparkinsoniens | ● Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine |
| ● Antipsychotiques | ● Lithium |
| ● Baclofène | ● Méthylphénidate |
| ● Barbituriques | ● Mirtazapine |
| ● Bétabloquants | ● Nicotine |
| ● Benzodiazépines | ● Opioïdes |
| ● Clonidine | ● Prégabaline |
| ● Cocaïne | ● Trazodone |

Tableau III**Symptômes de sevrage à l'arrêt brusque de certains médicaments⁹**

Benzodiazépines	Opioïdes	Neuroleptiques	Bétabloquants	ISRS
● Hypertension	● Troubles de l'affect	● Céphalées	● Angine	● Ataxie
● Dysautonomie (diaphorèse et tachycardie)	● Nausées	● Insomnie	● Arythmie ventriculaire	● Étourdissements
● Hyperréflexie	● Vomissements	● Malaises	● Infarctus	● Démarche anormale
● Tremblements des mains	● Myalgies	● Nausées	● Tremblements	● Vertiges
● Insomnie	● Larmoiement	● Vomissements	● Diaphorèse	● Troubles gastro-intestinaux
● Nausées	● Rhinorrhée	● Diaphorèse	● Céphalées	● Symptômes pseudogrippaux (fièvre, myalgies, frissons, fatigue)
● Vomissements	● Mydriase	● Tachycardie	● Palpitations	● Paresthésies
● Hallucinations	● Piloérection	● Tremblements	● Malaises généralisés	● Insomnie
● Agitation psychomotrice	● Diaphorèse			● Troubles psychiatriques (anxiété, agitation, manie, hypomanie, panique)
● Anxiété	● Diarrhée			
● État de mal épileptique	● Bâillements			
	● Fièvre			
	● Insomnie			

6) Expliquer

La dé prescription doit être expliquée comme un acte positif, visant à améliorer la santé du patient. Une bonne relation médecin-patient est utile. C'est une démarche active qui met en jeu la relation de confiance avec le patient, le seul

moyen d'y parvenir est le dialogue. Il peut être intéressant de s'appuyer sur des fiches info patient guidant cette étape, expliquant le pourquoi, les signes pouvant apparaître, les méthodes pour les contrer.

https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/11/deprescribing-pamphlet-2018-ppi_Fr.pdf

<http://www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/IppFRA.pdf>

7) Réévaluer

À distance apprécier la tolérance du patient à cette diminution ou cet arrêt de thérapeutique, constatant soit la réussite du sevrage, soit conduisant à reprendre le traitement en se disant qu'il est actuellement nécessaire.

8) Informier les correspondants

Que leur traitement n'a pas été poursuivi...

➤ La mise en œuvre

Travailler en équipe pluridisciplinaire a fait la preuve de son efficacité, ce format est tout particulièrement adapté aux téléconsultations, télédé expertises...

Le **STOP&START V2** peut être utilisé, il permet de dépister les prescription médicales inadaptées soit par excès (65 critères stop) soit par défaut, lors d'omission de médications nécessaires (22 critères) (cf. biblio)

Divers algorithmes francophones d'aides à la décision médicale français, canadiens et belges sont disponibles. (cf. biblio)

Vous les trouverez en pratique pour

- Les IPP
- Les hypoglycémiants
- Les BZD
- Les antipsychotiques

Chacun est explicité dans les guides de pratique basés sur les preuves (biblio)

Vous trouverez un annexe un tableau proposé par l'Urml de la Normandie suite à un travail CPAM, gériatre, sociologue, médecin conseil et GQ,

proposant d'une part les principes généraux de l'évaluation de la pharmacothérapie et un second document d'aide à la réévaluation pertinente de la prescription.

➤ **Les patients sont-ils prêts ?**

Selon une enquête de l'Irdes d'octobre 2017, 62 % des généralistes présument que leurs patients ressentent l'arrêt d'un médicament comme un abandon de soins. Or une thèse de 2014 sur la dé prescription (sur petit échantillon) 20/28 reconnaissaient être dépendant physiquement ou psychologiquement de leur traitement, 20/28 ont exprimé une peur à l'arrêter, néanmoins, 14/28 ont accepté l'idée de la dé prescription, 10 ont déclaré hésiter et 4 refusé.

Pour ceux qui ont déclaré accepter, elle devait être initiée par le médecin traitant, qu'il s'agisse d'un projet commun, que la dépendance et le sevrage soit gérés par des entretiens motivationnels, des alternatives non médicamenteuses, implique l'entourage... Leur profil était alors celui des sujets les plus jeunes et dynamiques, demandeurs d'autonomie et responsabilité...

➤ Les leviers et freins pour les MG

Type de facteurs	Leviers	Freins
Liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice attendu pour le patient - Patient demandeur - Grand âge 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus du patient - Ambivalence - Perception rassurante du médicament - Patients poly-pathologiques vs. recommandations mono-pathologiques
Liés au médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'efficience - Influence positive de la formation médicale - Influence positive de la jeune génération de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - « Obstacle déontologique » (prescripteur différent) - Habitude - Manque de formation
Liés à la relation médecin-patient		<ul style="list-style-type: none"> - Peur de la perte de crédibilité - Peur de provoquer un sentiment d'abandon chez le patient - Peur du conflit voire du départ du patient - Peur de la rupture de l'alliance thérapeutique
Liés au médicament	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction d'effets indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> - Risques liés à la déprescription - Peur de rompre l'équilibre thérapeutique - Psychotropes, médicaments symptomatiques
Autre	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de surveillance post-déprescription - Manque de recommandations

➤ La décision médicale partagée

Sandrine Hild participante GQ enseignante au DMG de Nantes a présenté en plénière d'ouverture du congrès du CNGE la décision médicale partagée et nous en fait ici un résumé.

Le terme anglais est shared decision making. En français, plusieurs traductions sont utilisées : “décision médicale partagée” ou “prise de décision partagée”.

La prise de décision partagée se distingue du modèle paternaliste traditionnel où le médecin décide seul pour le patient, et elle diffère du modèle strictement informatif où le patient prend seul sa décision, une fois informé.

Selon la HAS en 2013, la prise de décision partagée se définit comme un processus entre un professionnel de santé et un patient, qui font face à un choix individuel comportant plusieurs options acceptables : les données scientifiques disponibles n'apportant pas d'arguments formels pour ou contre la mise en œuvre de telle ou telle stratégie. Le patient quant à lui reçoit le soutien et l'accompagnement nécessaire pour exprimer ses préférences et priorités ce qui permet de choisir la meilleure stratégie pour ce patient.

La prise de décision partagée comprend 3 étapes :

- introduire la notion de choix
- décrire les options disponibles, leurs avantages et leurs inconvénients, ceci peut se faire à l'aide d'un support,
- aider le patient à définir ses préférences et à prendre part à la décision.

Il faut être attentif au fait que plus le niveau de connaissance des patients est bas, moins la prise de décision partagée est mise en place par les médecins. Or les patients ayant une faible littératie sont ceux qui bénéficient le plus de ce processus.

La prise de décision partagée permet d'améliorer les connaissances du patient, d'augmenter sa participation aux décisions, de l'engager dans le suivi.

Les thèmes abordés sont variés et sont par exemple :

- la participation (ou non) au dépistage du cancer de la prostate
- la réalisation d'un traitement médicamenteux ou chirurgical (prothèse de hanche),
- la prescription d'un traitement (antidépresseur) ou la déprescription de médicament (IPP).

Il existe des outils permettant d'apporter de l'information de manière claire et visuelle et d'aider le patient à évaluer ses préférences. Il peut s'agir de support papier ou d'outil en ligne. Ils peuvent être utilisés pendant la consultation ou en dehors de celle-ci.

ex d'outil en français :

annuaire francophone (mais peu développé) :

<https://www.decisionbox.ulaval.ca/>

<https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.html>

dont :

- 1) <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-3-2013-09-01-fr-depistage-cancer-de-la-prostate.pdf>
- 2) https://www.decisionbox.ulaval.ca/boite-a-decision/?tx_tmboites_tmboitesmain%5Bclear%5D=1&tx_tmboites_tmboitesmain%5Bboite%5D=60
(prostate)
- 3) https://www.decisionbox.ulaval.ca/boite-a-decision/?tx_tmboites_tmboitesmain%5Bboite%5D=58&tx_tmboites_tmboitesmain%5Baction%5D=intro&tx_tmboites_tmboitesmain%5Bcontroller%5D=Boite&cHash=31a486bebe123bfaed42dddcd0326290
(dépression personne âgée)

Bibliographie :

Stacey D, Patient Decision Aids to Engage Adults in Treatment or Screening Decisions. *JAMA*.
2017

HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013

Wyatt, KD et al., Implémentation science 2014



ANNEXES

Tableau 1 : Principes généraux d'évaluation de la pharmacothérapie

Principes [Commentaires
Recenser tous les médicaments (incluant les médicaments sans ordonnance et les produits naturels) actuellement pris par le patient.	<ul style="list-style-type: none">• Afin d'évaluer l'adhérence thérapeutique du patient : une méthode consiste à demander au patient d'apporter physiquement (brown paper bag) tous les médicaments lors de la consultation.• Si manque de fidélité au traitement, identifier les barrières d'adhésion

Déterminer si le patient a un risque élevé de survenue d'effets indésirables médicamenteux.	<p>Le patient a un risque élevé si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise de 8 médicaments ou plus • Antécédents d'effets secondaires médicamenteux • Présence de 4 morbidités ou plus • Maladie hépatique ou rénale - Insuffisance cardiaque • Prise de médicaments à haut risque (anticoagulant, hypoglycémiant, psychotrope, digoxine, nitrate et vasodilatateur, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)) • Trouble cognitif ou psychologique • Antécédents de non-adhérence thérapeutique ou d'abus de substances - Habite seul
Estimer l'espérance de vie du patient.	Considérer : - Âge,- Morbidités - Niveau fonctionnel - Fragilité
Identifier les objectifs thérapeutiques du patient.	<p>Considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espérance de vie • Niveau fonctionnel • Qualité de vie • Priorités du patient, du proche aidant et de la famille <p>Objectifs thérapeutiques du patient, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire et secondaire de maladies ? • Prolongement de la vie ? • Amélioration de la capacité fonctionnelle ? • Soulagement des symptômes ?
Préciser les indications pour chaque médicament.	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que chaque médicament soit associé à un diagnostic précis. • Vérifier que le médicament prescrit pour l'indication correspond aux lignes directrices actuelles. • En dressant la liste des diagnostics du patient et en y associant la médication correspondante, il est facile de mettre en lumière les médicaments non indiqués (overuse) et les diagnostics non traités (underuse) • À l'inverse, il est possible de dresser la liste des médicaments avec posologie et d'y associer la raison de l'utilisation
Calculer le temps requis pour l'apparition des bénéfices de la pharmacothérapie. Comparer avec l'espérance de vie estimée du patient.	<p>Concerne davantage les médicaments à visée préventive primaire et secondaire.</p> <p>Par exemple: statines (6 mois), analgésique (30 minutes)</p>
Évaluer l'efficacité et la toxicité de chaque médicament. Classer selon leur utilité	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les rapports risque/bénéfice en tenant compte des morbidités et des co-médications. • Éviter de prescrire des médicaments dont le niveau d'efficacité n'est pas clairement démontré. • Opter pour les médicaments ayant le moins d'effets indésirables et d'interactions. • Choisir les médicaments à demi-vie courte.

	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir la forme galénique la mieux adaptée au handicap du patient.
Principes	Commentaires
Identifier les médicaments pour lesquels une modification de la posologie, une substitution ou une cessation est requise.	<ul style="list-style-type: none"> • Pour ce faire, le clinicien peut faire une liste des syndromes gériatriques, symptômes ou signes cliniques du patient qui peuvent potentiellement être associés à des effets secondaires indésirables médicamenteux. • Pour chaque problème, lister les médicaments potentiellement responsables. • Dresser un plan d'action : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Problème indépendant du médicament ? - ✓ Duplication médicamenteuse ? - ✓ Dose trop élevée ? - ✓ Concentrations plasmatiques des médicaments à faible index thérapeutique en bas de l'intervalle thérapeutique ? - ✓ Posologie inadéquate ? - ✓ Adapter les doses au sujet âgé et à sa fonction rénale (estimée par la clairance de la créatinine calculée par l'équation de Cockcroft-Gault, - ✓ Débuter à dose faible et augmenter progressivement. - ✓ Interaction médicamenteuse ? - ✓ Cascade médicamenteuse ?
Assurer un suivi. →	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des priorités thérapeutiques et les réévaluer minimalement de façon annuelle pour éviter le cumul des prescriptions. • Réévaluer la pharmacothérapie ultérieurement si changement de la condition, de l'espérance de vie et des objectifs thérapeutiques du patient. • Faire preuve de vigilance lors des phases de transition, surtout à l'entrée et à la sortie de l'hôpital (réconciliation médicamenteuse).

Tableau 2 : AIDE A LA DECISION pour une « RE-EVALUATION PERTINENTE DE LA PRESCRIPTION » chez le sujet âgé de + de 65 ans avec une ALD ou de + de 75 ans

La réévaluation est conseillée en cas d'introduction d'une nouvelle molécule, d'évolution de la situation clinique et/ou biologique et de fragilité.

Age			
Mode de vie			
Qui gère le traitement ?	Patient	Aidant	IDE
	OUI	NON	
Connaissance de l'exhaustivité des médicaments pris (prescrits par un spécialiste, auto-médication) ? - aide du DMP -			
<u>1^{ère} étape : Interrogatoire</u>			
La tolérance est-elle satisfaisante ?			
Y a-t-il eu des effets indésirables ?			
Connaissance et adhésion, acceptation du ttt (éducation thérapeutique) ?			
Observance ?			
Les pathologies traitées sont-elles documentées ?			
Le traitement est-il efficace ?			
<u>2^{ème} étape : Points de vigilance</u>			
Lien avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien ?			
Y a-t-il un ou des médicaments non recommandés chez le sujet âgé ? Référence liste préférentielle ou OMÉDIT www.omedit-normandie.fr			
Y a-t-il des indicateurs AMI (Alerte et Maîtrise de la iatrogénie) d'après l'HAS ?			
<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de 3 psychotropes / Prescription de benzodiazépines à ½ vie longue / Prescription de 2 diurétiques / • Prescription de 4 antihypertenseurs / AVK et ttt ATB ou ATFong sans INR dans les 7 j / • Prescription à risque d'IRA (AINS+IEC, AINS+ARA II, AINS+IEC+ARA II, AINS+DIUR, AINS+IEC+DIUR, AINS+ARA II+DIUR, AINS+IEC+ARA II+DIUR) / • Médicament de la démence (ttt Alzheimer) et prescription de neuroleptiques. 			
Y a-t-il une ou des associations à risque majoré ?			
<u>3^{ème} étape :</u>			
<u>Données de l'examen clinique :</u>			
Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/>		
Altérations des fonctions cognitives	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la marche	<input type="checkbox"/>		
Chutes	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>		
Déshydratation	<input type="checkbox"/>		
Hypoglycémie depuis la dernière prescription (auto-surveillance glycémique)	<input type="checkbox"/>		
Perte d'autonomie depuis la dernière prescription	<input type="checkbox"/>		
<u>Fragilité</u>			
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il eu plus de difficultés pour se déplacer ces 3 derniers mois ?			

Votre patient se plaint-il de la mémoire ?		
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?		
Biologique :		
Créatinémie, DFG		
HbA1c cible		
Albuminémie dosée		
<u>4^{ème} étape : Rédaction de l'ordonnance</u>		
Durée de ttt inadéquate (BZD, AINS...)		
Les posologies sont-elles optimales ?		
Les galéniques sont-elles adaptées ? (en cas de nécessité, le médicament doit-il être écrasé et peut-il l'être ?)		
Y a-t-il des médicaments redondants ou antagonistes ?		
Au total, je dé-prescris 1 ou plusieurs médicaments		